PROGRAMA DE BECAS LABORALES

PLAN DE NIVELACIÓN

|  |  |
| --- | --- |
| **CÓDIGO DEL CURSO** |  |
| **NOMBRE DEL CURSO** |  |
| **NOMBRE DEL OTEC** |  |
| **DIRECCIÓN DE**  **EJECUCIÓN DEL CURSO** |  |
| **FECHA DE INICIO** |  |
| **FECHA DE TÉRMINO** |  |
| **NOMBRE DEL OTIC** |  |
| **NOMBRE DE RELATOR(ES):** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE ALUMNO/A:**  **RUT:**  **FECHA DE INICIO NIVELACIÓN:**  **FECHA DE TÉRMINO DE NIVELACIÓN:**  **HORARIO:** | |  |  |  |
|  |  | |  |  |
| **MÓDULO(S) A EJECUTAR** | **ACTIVIDADES** | | **DURACIÓN** | **CRITERIOS DE EVALUACIÓN** |
|  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE ALUMNO/A:**  **RUT:**  **FECHA DE INICIO NIVELACIÓN:**  **FECHA DE TÉRMINO DE NIVELACIÓN:**  **HORARIO:** | |  |  |  |
|  |  | |  |  |
| **MÓDULO(S) A EJECUTAR** | **ACTIVIDADES** | | **DURACIÓN** | **CRITERIOS DE EVALUACIÓN** |
|  |  | |  |  |

**Repetir este cuadro por cada una de las personas participantes a nivelar.**

A completar por OTIC (marque con una X):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Autorizado Rechazado

Observaciones:

|  |
| --- |
|  |

Nombre de quien autoriza/rechaza el plan de nivelación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_