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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_