

Fecha en la que lo solicita:	día / mes / año, ej: 08 / diciembre / 2010											
Nombres y Apellidos:	(nombres completos) ej: CARLOS FERNANDO MELÉNDEZ TAMAYO											
Cédula de Identidad:											—	Teléfonos: convencional / celular
Correo Electrónico:	Institucional: cmelendez7@uta.edu.ec					Personal: cmelendez7@hotmail.es						
Nombre de / los módulos en el que utiliza <small>(Módulo a Implementar aula virtual) Ej: Estadística, Investigación.</small>		Carrera / Programa <small>(Facultad: Contabilidad y Auditoría, Gestión Financiera y Economía)</small>			Participantes	Modalidad y Nivel <small>(Modalidad de Estudio) Ej: Presencial, Semipresencial, Maestría</small>			Período de Uso <small>(Desde fecha - Hasta fecha)</small>			
1					32	Presencial <input type="checkbox"/>	8vo semestre	Maestría <input type="checkbox"/>	Desde:	Hasta:		
2						Presencial <input type="checkbox"/>		Maestría <input type="checkbox"/>	Desde:	Hasta:		
Observaciones: _____												

_____ Firma del Docente	
----------------------------	---



Validación 1	Autorizada:	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	Validación 2	Creada:	<input type="text"/>
	Período:	Desde: <input type="text"/>	Hasta: <input type="text"/>		Motivo:	<input type="text"/>
	Fecha:	<input type="text"/>			Fecha:	<input type="text"/>
	Firma Decano y/o Director	<input type="text"/>			Responsable:	<input type="text"/>
	Nombre:	<input type="text"/>			Firma:	<input type="text"/>

Código: \_\_\_\_\_

## Nómina de Estudiantes / Participantes del Aula Virtual

Programa: \_\_\_\_\_

No.	N°. Cédula	Nombre	Apellido	Correo Electrónico
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Director Académico del Programa

Nombre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Coordinador Posgrado

Nombre: \_\_\_\_\_