



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
SECRETARÍA ACADÉMICA
DIRECCIÓN DE DESARROLLO E INNOVACIÓN CURRICULAR
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN CONTINUA
FORMATO 1: SOLICITUD DE REGISTRO DE ACTIVIDAD

Número de registro del evento:

Datos generales		
Nombre de la actividad:		
Dependencia que lo propone:		
Coordinador académico:		
Propósito general de la actividad académica:		
Temario: (anexo a este formato)	Presentar el programa completo	
Instructor(es) y/o especialista(s):		
Lugar:		
Domicilio:		
Ciudad:		
Modalidad:		
Duración total en horas:		
Fecha de inicio y conclusión: (cuando aplique)	Fecha de inicio	Fecha de conclusión
Horario de trabajo: (cuando aplique)	Hora de inicio	Hora de conclusión
Cupo mínimo y máximo:		

Costo:	Si lo tuviera	
Requisitos de ingreso:		
Criterios de evaluación y acreditación:	Si es diplomado especifique ampliamente en formato Registro de diplomado	
Fecha de solicitud:	Deberá enviarlo por lo menos 5 días hábiles antes de la fecha de inicio de la actividad	

Datos de contacto del coordinador académico (Este dato es obligatorio)		
Teléfono Local	Teléfono Celular	Correo Electrónico

NOTA: Deberá enviarlo por lo menos 5 días hábiles antes de la fecha de inicio de la actividad

