



UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
DECANATO DE ESTUDIOS PROFESIONALES
COORDINACION DE _____

SOLICITUD DE APERTURA DE CURSO TUTORIAL

(Para uso de la Coordinación)

CÓDIGO DE LA ASIGNATURA:	DENOMINACIÓN:	
ESTUDIANTES (Apellidos y Nombres)	Pregrado Carnet N°	Postgrado Carnet N°
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Yo, _____, profesor del Departamento de _____, estoy dispuesto a dictar la asignatura antes descrita a los alumnos detallados anteriormente, durante el trimestre _____, acogiéndome a las Normas Vigentes que sobre Apertura de Cursos Tutoriales dictó el Consejo Académico Universitario.

Fecha: _____.

¿Asignatura requiere de recursos de Laboratorio? SI___ NO___ Laboratorio:_____

En caso positivo, se requiere de la autorización

del Jefe del Laboratorio respectivo: _____

Firma del Jefe de Laboratorio

Firma del Profesor

Firma del Jefe del Dpto.

Firma del Coordinador