

**CERTIFICACIÓN E
ASISTENCIA A REUNIONES DE FACULTAD**

**ESTE INFORME SERÁ CUMPLIMENTADO POR EL DIRECTOR O DIRECTORA DE LA
ESCUELA Y ENTREGADO AL COMITÉ DE PERSONAL SEGÚN SEA SOLICITADO**

FECHA: _____

DEBE SER ENTREGADO NO MÁS TARDE DE: _____

NOMBRE DEL (DE LA) PROFESOR(A) EVALUADO(A): _____

PERIODO DE EVALUACIÓN: DEL _____ **AL** _____

NOMBRE DEL (DE LA) DIRECTOR(A): _____

CANTIDAD DE REUNIONES DE FACULTAD EFECTUADAS DURANTE EL PERIODO DE

EVALUACIÓN: _____

a. Fechas de las reuniones convocadas:

CANTIDAD DE REUNIONES DE FACULTAD A LAS QUE EL(LA) PROFESOR(A) ASISTIÓ:

a. Fechas de las reuniones a las que asistió:

CERTIFICO CORRECTO:

FIRMA DEL DIRECTOR O DE LA DIRECTORA

FECHA