



ANEXO II

AUTORIZACIÓN DE CURSO

DEPENDENCIA: Facultad de Psicología

FECHA:

NOMBRE DEL COMISIONADO				
CATEGORIA:				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACADÉMICO	FUNCIONARIO	ADMINISTRATIVO	ALUMNO	OTRO
NOMBRE DEL		<input type="checkbox"/> NACIONAL		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> INTERNACIONAL		
CURSO / CERTIFICACIÓN:				
LOGRO(S) QUE ESPERA OBTENER ó IMPACTO ESPERADO EN EL CUERPO ACADÉMICO O GRUPO DE INVESTIGACIÓN:				
LOGRO(S) QUE ESPERA OBTENER ó IMPACTO ESPERADO EN DOCENCIA:				
LOGRO(S) QUE ESPERA OBTENER ó IMPACTO ESPERADO EN VINCULACIÓN:				
OBSERVACIONES:				
COSTO:		FUENTES DE FINANCIAMIENTO		
		INGRESOS PROPIOS*	PRESUPUESTO GENERAL*	PROYECTOS Y PROGRAMAS**
INSCRIPCIÓN:				
MENSUALIDADES:				
TOTAL:				
<small>*INDICAR NOMBRE DEL TECHO FINANCIERO:</small>				
<small>**INDICAR NOMBRE DE PROYECTO Y SUBFUENTE:</small>				

COMISIONADO	DIRECTOR DE DEPENDENCIA
(NOMBRE Y FIRMA)	MTRO. JESÚS ESTEBAN SOSA CHAN (NOMBRE Y FIRMA)