



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS
Sistematización proceso de acreditación
Subdirección**

Control de salidas del personal Docente en Horarios de Clase

Nombre completo del Docente: _____

Categoría: _____ Tiempo completo: _____ Medio tiempo: _____ Asignatura: _____

		HORARIOS POR MATERIA				
Grupo	Materias	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Justificación: Enfermedad (día y hora de consulta, días de incapacidad) _____ Curso(horario, fecha, lugar y nombre del curso) _____ Asistencia a Congreso (fecha, nombre y lugar del Congreso) _____ Ponente en Congreso(fecha, nombre y lugar del Congreso) _____ Junta de trabajo(con quien, objetivo y lugar) _____ _____ Otras (cuales son) _____						

Firma Subdirector

Firma del Docente