Apreciado alumno próximo a participar en los diplomados 100% virtuales ofrecidos por ISEP:

Con el fin de facilitar el aval académico de su Facultad, favor diligenciar y luego imprimir la siguiente tabla. Recuerde que el Decano o Director de Escuela autorizado debe firmar esta aprobación.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | | | |  |
| **CÉDULA:** |  | | | |
| **CÓDIGO:** |  | | | |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | | | |  |
| **FACULTAD:** | | FACULTAD SOCIEDAD, CULTURA Y CREATIVIDAD | | |
| **PROGRAMA ACADÉMICO:** | | | | ESPECIALIZACIÓN EN NEUROPSICOLOGÍA ESCOLAR |
| **MODALIDAD:** | | |  | |
| **NOMBRE DE LA MISIÓN:** | | | | DIPLOMADOS 100% VIRTUALES ISEP 2021-2 |
| **PERÍODO ACADÉMICO:** | | | | 2021-II |

**SOLICITUD HOMOLOGACIÓN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| CÓDIGO MATERIA | MATERIAS A HOMOLOGAR POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO | CONDICIÓN DE HOMOLOGACIÓN | Vo. | NOTA |
|  | \_\_\_ ELECTIVA  \_\_\_ MODULO DE REHABILITACIÓN COGNITIVA/ HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓN |  |  |  |

**AUTORIZACIÓN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FACULTAD** |  | **ESTUDIANTE** |
|  |  |  |
| **Firma Decano/ Director de Escuela** |  | **Firma estudiante** |
| **Fecha:** |  | **Fecha:** |
| **Nombres y apellidos** |  | **Nombres y apellidos** |