



Facultad de Odontología

CURSOS NO PREVISTOS EN EL PROGRAMA DE CAPACITACION

Fecha de Elaboración: _____

Nombre del Puesto que lo solicita: _____

Curso y/o capacitación: _____

No. de Horas: _____

Área: _____

Fecha a impartirse: _____

Ciudad: _____

Lugar: _____

Instructor: _____

Costo: _____

Observaciones:

SECRETARIO DE ÁREA

Elaboró

RECURSOS HUMANOS

Aprobó

SECRETARIO ADMINISTRATIVO

Autorizó