UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA

CALENDARIO ANUAL DE CAPACITACIÓN

AÑO DE ELABORACIÓN:

Elaboró: Aprobó:

ACCIÓN DE CAPACITACIÓN				PROGRAMACIÓN MENSUAL:															
NOMBRE DEL CURSO	**SOLICITADO A:**	**DIRIGIDO A:**	**No. PARTIC.**	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	Fecha	Horario	Observaciones