|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL DOCENTE:** |  | | |
| **PERÍODO ACADÉMICO:** |  | **HORAS SEMANALES ASIGNADAS:** |  |

|  |
| --- |
| **OBJETIVOS** |
|  |
| **ACTIVIDADES A DESARROLLAR** |
|  |
| **HORARIO** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FIRMA DEL DOCENTE** |  | **FIRMA DEL(A) DIRECTOR(A) DEL CENTRO CLÍNICO VETERINARIO** |

***NOTA PARA EL DOCENTE:*** *Este formato debe adjuntarse al Formato de plan de acciones académicas a ejecutar.*