

SOLICITUD DE CAMBIO DE PROFESOR

PARA:		EN:	
COPIA:		EN:	
DE:		EN:	
FECHA:			

NOMBRE DEL MINOR:						
Grupo:			Modalidad		Período del Curso	1er período
			Presencial <input type="checkbox"/>	Virtual <input type="checkbox"/>		2do período
						Intersemestral <input type="checkbox"/>
Curso:	Cr	Semana*	Profesor anterior		Profesor Nuevo	
			CC	Nombre completo	CC	Nombre completo

* Coloque los números de semanas presentados en la propuesta inicial del Minor

** Solo se requerirá el VoBo de la dirección de posgrado, cuando el minor sea homologado con los cursos de posgrados de la Universidad Simón Bolívar

MOTIVOS DEL CAMBIO: (Explique brevemente los motivos del cambio del profesor), adjunte soportes del motivo y hoja de vida del nuevo profesor para su revisión)

Dir. Programa Académico

VoBo Director de
Posgrado**

VoBo Vicerrectoría
Académica