|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | INSTITUTO UNIVERSITARIO TECNOLÓGICO “ANTONIO JOSÉ DE SUCRE”  Ampliación Charallave | FOR-INV-001 | Versión 01  Pag. 1 de 1 |
| **Formato Asesor Académico** |  | |

**DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN ACEPTACIÓN DEL ASESOR ACADÉMICO**

# Lcdo(a).

**Coordinador(a) Académico(a)**

Me dirijo a usted en la oportunidad de comunicarle que acepto ser **Asesor Académico**

del estudiante , Cedula de

Identidad Cursante de la carrera

Mención: durante la realización del T.E.G., Titulado:

Con esta me comprometo a asistir al estudiante en el Trabajo Especial de Grado de dos

(2) horas semanales, de acuerdo al horario que anexo. Así mismo me comprometo a estar presente en la Pre Defensa y Defensa y otras Reuniones a las cuales fuese convocado por el Departamento.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Horario** | **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** |
|  |  |  |  | x |  |
|  |  |  |  |  |  |

Nombres y Apellidos: C.I: Teléfono de Habitación: Celular: Email:

Grado Académico:

Firma: