Apreciado estudiante:

Con el fin de facilitar el aval académico de su Facultad, favor diligenciar y firmar la siguiente tabla. Recuerde que el Decano o Director de Escuela autorizado debe firmar esta aprobación.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | | |  | | |
| **TIPO DE DOCUMENTO:** | | | CC | **NÚMERO:** |  |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | | |  | | |
| **FACULTAD:** | FACULTAD DE INGENIERIA DISEÑO E INNOVACION | | | | |
| **PROGRAMA ACADÉMICO:** | | | Elija un elemento. | | |
| **MODALIDAD:** | | Elija un elemento. | | **SEDE:** | Elija un elemento. |
| **NOMBRE DE LA MISIÓN ACADÉMICA (PRESENCIAL):** | | | NO APLICA | | |
| **NOMBRE DEL SEMINARIO/CURSO INTERNACIONAL VIRTUAL:** | | | MISION INTERNACIONAL VIRTUAL RETAIL SENSORIAL | | |
| **PERÍODO ACADÉMICO A CURSAR:** | | | 2024-1 | | |

**SOLICITUD HOMOLOGACIÓN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| CÓDIGO MATERIA | ASIGNATURAS, MÓDULOS O CRÉDITOS A HOMOLOGAR POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO | CONDICIÓN DE HOMOLOGACIÓN | Vo. | NOTA |
|  | OPCIÓN DE GRADO | PARA OPCIÓN DE GRADO EL ESTUDIANTE DEBE ESTAR EN SU ÚLTIMO AÑO DE CARRERA Y HABER ASISTIDO AL 100% DE LAS ACTIVIDADES DE LA MISIÓN VIRTUAL. |  |  |

**AUTORIZACIÓN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FACULTAD** |  | **ESTUDIANTE** |
|  |  |  |
| **Firma Decano/ Director de Escuela** |  | **Firma Estudiante** |
|  |  |  |
| **Nombres y apellidos** |  | **Nombres y apellidos** |
|  |  |  |
| **Fecha** Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. |  | **Fecha** Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. |