**PLAN DE ADSCRIPCIÓN EN EXTENSIÓN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DE ADSCRIPCIÓN** (Marcar con una X) | | | | |
| **NUEVA** |  | **RENOVACIÓN (1)** |  |

(1) Si solicita renovación complete también el inciso 9. ESTADO DE AVANCE (Art 14 inc. c) Res.CD N°108/2018).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DATOS PERSONALES** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Apellido y Nombres:** | | | | | | | **Tipo y N° de documento** | | | | | | | |
| **Título de Grado (2):** | | | | | | | **Fecha: / /** | | | | | | | |
| **Fecha de Nacimiento: / /** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Domicilio Particular:** | | | | | | | | | | | | **Localidad:** | | |
| **Provincia:** | | | | | **País:** | | | | | | | **CP:** | | |
| **Correo Electrónico:** | | | | | | | | | | | | **TE:** | | |
| 1. **LUGAR DE TRABAJO** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Facultad:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Departamento/Dependencia:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Laboratorio/Oficina:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Posee actualmente beca?** Elija un elemento. | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Posee actualmente cargo docente?** Elija un elemento. | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿En qué institución?** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Correo Electrónico:** | | | | | | | | | | | | **TE:** | | |
| 1. **ACTIVIDAD DE EXTENSION EN LA QUE SE ENMARCA** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tipo de actividad**(marcar con una x) | | | | | | | | | | | | | | |
| **Servicio a Tercero** | |  | **Transf. Tecnológica** | | | | | |  | **Capacitación** | | | |  |
| **PEVE** | |  | **Actividad Comunitaria** | | | | | |  | **Proyecto de Extensión** | | | |  |
| **Convenio/Protocolo** | |  | **Otros** | | | | | |  | | | | | |
| **Documentación que avala la actividad** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Expte Nº:** | **Inc. Nº: -** | | | | | **RCD Nº: /** | | | | | | | **RCS Nº: /** | |
| **Responsable:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Departamento:** | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **DIRECTOR DE LA ADSCRIPCIÓN** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Apellido y Nombres:** | | | | | | | | **DNI:** | | | | | | |
| **Correo Electrónico:** | | | | | | | | **TE:** | | | | | | |
| **Cargo:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Lugar de Trabajo:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Laboratorio/Oficina:** | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **CODIRECTOR DE LA ADSCRIPCIÓN** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Apellido y Nombres:** | | | | | | | | **DNI:** | | | | | | |
| **Correo Electrónico:** | | | | | | | | **TE:** | | | | | | |
| **Cargo:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Lugar de Trabajo:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Laboratorio/Oficina:** | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **PERSONAL A CARGO DEL DIRECTOR Y/O CODIRECTOR (3)** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Apellido y Nombres** | | | | **Tipo** | | | | | | | **Laboratorio / Oficina** | | | |
|  | | | |  | | | | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | | | | |  | | | |

(2) Adjunte copia del título de grado o analítico final.

(3) D**etalle de la nómina de recursos humanos (auxiliares, docentes, tesistas de grado, tesistas de postgrado, becarios de grado y becarios de postgrado) a cargo al momento de la solicitud o renovación de la adscripción**

|  |
| --- |
| 1. **FIRMAS ORIGINALES** |
| **PRESENTACIÓN DE LA ADSCRIPCIÓN (4)** |
| ------------------------------------------ -------------------------------------------------------  **Lugar y Fecha Firma y Aclaración del Postulante**  (4) Por medio de la presente declaro conocer las Resoluciones RR 536/1991 y CD 108/2018 que regulan las Adscripciones, como así también el Plan de Protección para Actividades de Investigación y/o Servicios de la Facultad de Ciencias Exactas, Físico-Químicas y Naturales (Res. CD 074/2013 Rev. 3) de la Universidad Nacional de Río Cuarto**.** |
| **AVAL DEL DIRECTOR (5)** |
| ------------------------------------------ -------------------------------------------------------  **Lugar y Fecha Firma y Aclaración del Director**  (5) El DIRECTOR deberá adjuntar el Anexo 1 del Plan de protección al cual se incorpora el adscripto. |
| **AVAL DEL CODIRECTOR** |
| ------------------------------------------ -------------------------------------------------------  **Lugar y Fecha Firma y Aclaración del Codirector** |
| **AVAL DEL CONSEJO DEPARTAMENTAL O DEPENDENCIA (6)** |
| ------------------------------------------ ----------------------------------------------------------------------  **Lugar y Fecha Firma y Aclaración del Responsable**  (6) Por medio de la presente doy conformidad que el tema propuesto se enmarque en el Plan de desarrollo del Departamento o Dependencia y que el mismo cuenta con la factibilidad de infraestructura y equipamiento sobre la base del número docentes, alumnos, becarios y adscriptos con que cuenta esta dependencia. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **PLAN DE ACTIVIDADES** (Máximo 5 páginas) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TÍTULO DEL PLAN** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **OBJETIVOS PROPUESTOS** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **METODOLOGIA** (Métodos, materiales y técnicas a emplear) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DURACIÓN DEL PLAN** (Mínimo 1 cuatrimestre y máximo 1 año) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CRONOGRAMA** (Marcar el mes con una X) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Actividades** | | | **1ro** | **2do** | **3ro** | **4to** | | **5to** | **6to** | **7 mo** | **8 vo** | | **9**  **no** | **10mo** | **11mo** | **12**  **mo** |
|  | | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| **CUADRO DEMOSTRATIVO DEL CUMPLIMIENTO DE HORARIOS DE LA ADSCRIPCIÓN (7)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **LUNES** | **MARTES** | **MIERCOLES** | | | | | **JUEVES** | | | | | **VIERNES** | | | | |
| **De**  **a** | **De**  **a** | **De**  **a** | | | | | **De**  **a** | | | | | **De**  **a** | | | | |
| **BIBLIOGRAFIA** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |

(7) De acuerdo al artículo 10 del Régimen de Adscripción (Res. RR536/1991) deberá declarar 12 horas semanales de dedicación.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **ESTADO DE AVANCE** (Máximo 2 páginas) | |
| **PERIODO INFORMADO** | |
| **Desde: : / /** | **Hasta: : / /** |
| **NÚMERO DE RESOLUCIÓN QUE APROBÓ LA ADSCRIPCIÓN** | |
| **RCD Nº: /** | |
| **TÍTULO DEL PLAN** | |
|  | |
| **ACTIVIDADES DESARROLLADAS (8)** | |
|  | |
| **HORAS DEDICADAS A LA ACTIVIDAD** | |
|  | |
| **JUSTIFICACIÓN DEL PEDIDO DE RENOVACIÓN** | |
|  | |

(8)Describa brevemente las actividades desarrolladas en relación a los objetivos y actividades detalladas en el Plan de trabajo aprobado