Dirección, Centro o Unidad Académica:

**Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud**

 **Unidad Santo Tomás**

|  |  |
| --- | --- |
| **Licenciatura Suscribe:****Academia que pertenece:** |  |
|  |  |  |

**Asunto:** Solicitud de Emisión de Constancia de Validación de

 Diseño y/o Actualización de Material Didáctico

 CDMX, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_\_\_.

Quien suscribe, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como miembro de la Academia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de la Licenciatura de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud, Unidad Santo Tomás, del Instituto Politécnico Nacional.

SOLICITO al Departamento de Innovación Educativa, se expida y me sea proporcionada la

**Constancia de Validación de entrega de Diseño y/o Actualización del Material didáctico:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ correspondiente al Programa Académico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, semestre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y Unidad de aprendizaje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, misma que fue aceptada, revisada y validada por la academia a la cual me encuentro suscrit@ actualmente. Manifiesto que este material didáctico fue entregado a la academia por lo que se encuentra en su resguardo y que fue diseñado con fines de apoyo en el proceso de enseñanza – aprendizaje; por lo que entiendo que la academia puede ponerla a disposición de los docentes para uso exclusivo del fin al que fue diseñado y/o actualizado.

Lo anterior, como parte de mi derecho a completar documentación específica para tramites en la Dirección de Educación Superior referentes a la validación de documentos y materiales didácticos de los docentes de nivel Licenciatura.

Sin más por el momento reciba un cordial Saludo.

A T E N T A M E N T E

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Nombre y Firma del Docente Que Solicita Nombre y Firma del Presidente de Academia**

 **Licenciatura y Academia a la que Pertenece Aval Académico de Entrega y Resguardo de Mat. Didáctico**

***NOTA:***

* En el momento de solicitar el trámite, mostrar Credencial Institucional vigente.