



**Formulario de Inscripción de actividades
ED-2586 Programa de Educación Continua de la Escuela de Psicología**

| | |
|--|--|
| Nombre de la actividad: | |
| Responsables y colaboradores/as: <i>(Incluir únicamente nombre de docente de la Escuela de Psicología)</i> | |
| Vigencia de la actividad: | __/__/__ a __/__/__ |
| Horario: | |
| Lugar: | |
| Objetivo de la actividad: | |
| Justificación de la actividad: | |
| Ejes temáticos de la actividad: | |
| Participantes: <i>(Indicar población meta de la actividad)</i> | |
| Tipo de actividad: | Taller: <input type="checkbox"/> Curso: <input type="checkbox"/> Simposio o Congreso: <input type="checkbox"/> Seminario: <input type="checkbox"/> Charla: <input type="checkbox"/> Mesa redonda: <input type="checkbox"/> Conferencia: <input type="checkbox"/> Foro: <input type="checkbox"/> Coloquio: <input type="checkbox"/> Panel: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Especifique: _____ |
| Metodología de la actividad: | <i>(Presente una breve descripción. Si es un foro, conversatorio, conferencia, jornada u otra actividad de ese tipo incluya nombre completo (nombre y dos apellidos, profesión y vinculación institucional de las personas expositoras. Si es un curso o seminario se requiere la propuesta del curso como anexo. Incluya la programación completa de las actividades como anexo).</i> |





| | | |
|---|---|--|
| Presupuesto de la actividad: <i>(Indique cómo se financiarán los costos de la actividad).</i> | Actividad autofinanciada : (Financiada con inscripciones de participantes) Escuela de Psicología: (Requiere recursos de la EPS) | Actividad de vínculo externo: (Financiada por otra institución) No requiere presupuesto: |
| Inscripción de participantes: | Gratuita: <input type="checkbox"/> Costo: <input type="text"/> Especifique: _____ | |
| Exclusivo para las actividades que requieren pago a docentes <i>(Indique datos de docente a quien se le debe realizar el pago).</i> | Nombre de docente: _____ Número de cédula: _____ ¿Es funcionaria o funcionario de la UCR? () Sí () No Jornada de nombramiento en la UCR <i>(si corresponde)</i> : _____ | |
| Indique si requiere certificados: | Sí <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> | |
| Indique la Modalidad correspondiente a la actividad: <i>(Únicamente si requiere certificado)</i> | Asistencia () Participación () Aprovechamiento () Duración total (en horas): _____ | |
| ¿Le gustaría difundir esta actividad a través del Portal web de Acción Social?: | Sí <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> Contacto docente responsable: Tel: _____ Correo institucional: (no se admiten correos que no sean institucionales) | |

Firma de la Directora de la Escuela de Psicología:

Nota: Favor remitir el formulario completo a la dirección cas.ep@ucr.ac.cr

Notas para los certificados:

[1] Asistencia: Inferior a 12 horas, no se requiere la evaluación de aprendizaje

[2] Participación: Mayores de 12 horas, la evaluación de aprendizaje es opcional

[3] Aprovechamiento De 30 horas en adelante, la evaluación de aprendizaje es requisito (según circular VAS-01-09)

