**AVAL DOCENTES para acreditación curricular**

Mendoza, \_\_\_\_ de noviembre de 2019

Sr.

Secretario de Extensión y Vinculación

Lic. Guillermo Cruz

Por medio del presente avalo la participación de estudiantes del espacio curricular a mi cargo *“nombre del espacio curricular”*, en la propuesta de implementación de PSE *“nombre de la propuesta”;* quienes tendrán la siguiente acreditación curricular:

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

Firma y aclaración del/la titular del espacio curricular

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

DNI

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

Unidad Académica/Instituto