**SOLICITUD EN MODALIDAD INSTITUCIONAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Datos del coordinador del máster:** | |
| Nombre:  Apellidos:  DNI: | |
| **Teléfono:** | |
|  | |
| **E-mail:** | |
|  | |
| **Facultad, Escuela o Centro:** | Elija un elemento. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datos generales del máster:** | | | |
| **Nombre:** |  | | |
| **Rama de conocimiento:** |  | | |
| **Duración del programa:** |  | | |
| **Facultad o Escuela:** | Elija un elemento. | | |
| **Formato de enseñanza multimodal:** | | | |
| Elija un elemento. | | | |
| **En caso de haber escogido “Semipresencial B” indique en la siguiente tabla únicamente las asignaturas de máster que se van a virtualizar.** | | | |
| **Datos de las asignaturas del máster a desarrollar en formato multimodal:** | | | |
| **Asignatura** | | **Código** | **Créditos/horas** |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |

*Crear tantas celdas como sea necesario*

A continuación, rellene un cuadro por cada asignatura que se vaya a desarrollar en formato multimodal (puede crear más cuadros si fuera necesario):

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de la Asignatura:** | |
| **Nombre y apellidos del equipo docente:** |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

*Crear más filas si fuera necesario incluir un mayor número de docentes*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de la Asignatura:** | |
| **Nombre y apellidos del equipo docente:** |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

*Crear más filas si fuera necesario incluir un mayor número de docentes*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de la Asignatura:** | |
| **Nombre y apellidos del equipo docente:** |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

*Crear más filas si fuera necesario incluir un mayor número de docentes*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de la Asignatura:** | |
| **Nombre y apellidos del equipo docente:** |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

*Crear más filas si fuera necesario incluir un mayor número de docentes*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de la Asignatura:** | |
| **Nombre y apellidos del equipo docente:** |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

*Crear más filas si fuera necesario incluir un mayor número de docentes*

El/la solicitante firma la presente solicitud comprometiéndose, en caso de concesión, a coordinar la impartición del máster en formato multimodal y a cumplir el resto de obligaciones establecidas en la convocatoria.

Firmado electrónicamente