



# FORMULARIO

## PRESENTACIÓN INICIATIVAS DE INCLUSIÓN

NOMBRE:	
INSTITUCIÓN:	
NOMBRE PROYECTO DE INCLUSIÓN:	
ROL EN EL PROYECTO:	
INSTANCIAS DEL PROYECTO (MARQUE CON UNA X)	<input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Nivelación <input type="checkbox"/> Acompañamiento <input type="checkbox"/> Otros: _____
N° DE ALUMNOS INICIALES EN EL PROYECTO	
N° DE ALUMNOS ACTUALES EN EL PROYECTO	
FECHA DE INICIO DEL PROYECTO	
TIPO DE FINANCIAMIENTO (Interno-Externo)	
N° DE DOCENTES QUE PARTICIPA	
N° DE FUNCIONARIOS QUE PARTICIPA	
EXPLIQUE BREVEMENTE EN QUÉ CONSISTE EL PROYECTO DE INCLUSIÓN DE QUE FORMA PARTE.	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

\*\*Recuerde enviar este formulario al correo [diagnostico@mat.uc.cl](mailto:diagnostico@mat.uc.cl) antes del domingo 25 de octubre.