|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| UNIVERSIDAD NACIONAL DE CATAMARCA  FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD | | | | | | |
| PROGRAMA ANUAL DE ACTIVIDAD CURRICULAR | | | | | | |
| Año Académico: | | | | | | |
| Carrera: | | | | | | |
| Curso (año de la Carrera): | | | | | | |
| Área de conocimiento: | | | | | | |
| Eje temático: | | | | | | |
| Asignatura: | | | | | | |
| Régimen (marcar con una X el que corresponda): | | | | | | |
| Anual: |  | 1º Cuatrimestre: | |  | 2º Cuatrimestre: |  |
| Carga horaria total: | | | | | | |
| De formación teórica: | | | De formación práctica: | | | |
| Objetivos de la asignatura: | | | | | | |
| Contenidos mínimos: | | | | | | |
| Enfoque metodológico (considerar si corresponde: descripción de las actividades teóricas y prácticas, actividades mediadas por tecnología, carga horaria desagregada por actividad): | | | | | | |
| Programa Analítico: | | | | | | |
| Programa de Trabajos Prácticos: | | | | | | |
| Metodología de la Evaluación: | | | | | | |
| Requisitos de regularización/aprobación: | | | | | | |
| Bibliografía: | | | | | | |

…………………………

Firma y Aclaración

Responsable de la asignatura

…………………………

Lugar y fecha

NOTA: Enviar solamente a la Dirección de correo: [programas@salud.unca.edu.ar](mailto:programas@salud.unca.edu.ar) con copia a [academica@salud.unca.edu.ar](mailto:academica@salud.unca.edu.ar) y supervisionyacreditacion@salud.unca.edu.ar