**PROPUESTAS PARA LA CONVOCATORIA 2025**

Coordinaciones Locales de Educación (CLE), los Institutos Superiores de Formación Docente (ISFD de gestión estatal y privada), la Universidad Provincial de Córdoba (sede capital y sedes del interior) y otras Universidades (estatales o privadas) que desarrollan actividades en la provincia.

|  |
| --- |
| **Los títulos deben referir al contenido a abordar en la capacitación** **No pueden utilizarse títulos de fantasía o metafóricos.****Recuerde que el título forma parte del certificado que se emite al docente.** |
| **TÍTULO** |  |

|  |
| --- |
| **En un texto no mayor a 1000 palabras describa la necesidad de la capacitación y/o formación docente continua (detección de la misma y/o demanda) a partir del trabajo articulado el Consejo Local de Educación y el ISFD****Debe ser claro, concreto y en concordancia con todos los campos de la plantilla.** |
| **SÍNTESIS DE LA PROPUESTA** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CATEGORÍA** | **CONFORMACIÓN** | **MARCAR CON X** |
| A | Un ISFD en asociación con la CLE (Coordinación Local de Educación) de lalocalidad de pertenencia o en convenio con una o más CLE de otra localidad cercana. |  |
| B | Una Sede Regional de la UPC en asociación con la CLE de la localidad depertenencia o en convenio con una o más CLE de otra localidad cercana. |  |
| C | Un ISFD y la UPC -Sede Capital o del Interior- en asociación con la CLE de lalocalidad de pertenencia o en convenio con una CLE de otra localidad cercana. |  |
| D | Un ISFD y una Universidad (estatal o privada) que desarrolla su actividad en laprovincia de Córdoba en asociación con la CLE de la localidad de pertenencia del ISFD o enconvenio con una o más CLE de otra localidad cercana. |  |
| E | Un ISFD, UPC -Sede Capital- y las Universidades radicadas en la ciudad deCórdoba podrán hacer convenio y asociarse con una o varias CLE de las localidades del Gran Córdoba. |  |

|  |
| --- |
| **RESPONSABLE INSTITUCIONAL (según la categoría de inscripción)** |
| **Responsable**  | **Apellido y Nombre** | **DNI** | **Teléfono** | **Mail** |
| ISFD |  |  |  |  |
| CLE (si es más de una agregar filas) |  |  |  |  |
| UPC |  |  |  |  |
| UNIVERSIDAD |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **En un texto no mayor a 1000 palabras describa los aspectos relevantes de la capacitación. Debe ser claro, concreto y en concordancia con todos los campos de la plantilla.** |
| **FUNDAMENTACIÓN** |  |

|  |
| --- |
| **Indique los objetivos que se proponen en función de los contenidos y la metodología prevista.** |
| **OBJETIVOS** |  |

|  |
| --- |
| **Explicite brevemente los contenidos centrales que se abordarán en la capacitación.****Se recuerda que NO se autoriza el abordaje de PATOLOGÍAS sino estrategias y recursos para elaborar propuestas áulicas.** |
| **CONTENIDOS** |  |

|  |
| --- |
| **Explicite la metodología específica para el cursado (Ateneo,seminario,taller,entre otras)** |
| **METODOLOGÍA****(Según la Modalidad de cursado)** |  |

|  |
| --- |
| **Explicite la bibliografía que referencie su fundamentación teórica y elaboración de la propuesta, además de incluir otros recursos bibliográficos pertinentes para los/as capacitandos.** |
| **BIBLIOGRAFÍA** |  |

|  |
| --- |
| **Indique claramente las condiciones que los docentes deben cumplir para aprobar la capacitación.****Por ejemplo: Asistencia, elaboración de una propuesta de enseñanza para implementar en el aula, evaluación, presentación de los resultados de la implementación, entre otros.** |
| **CONDICIONES PARA RECIBIR LA ACREDITACIÓN FINAL DE 20 HORAS RELOJ** |  |

**DESTINATARIOS**

**Indicar los destinatarios según la Ley Nacional de Educación 26.206 se consideran los siguientes Niveles educativos de la educación común.**

|  |  |
| --- | --- |
| **NIVEL EDUCATIVO** | **Indique con una X** |
| **Inicial** |  |
| **Primaria** |  |
| **Secundario** |  |

**Indicar si además de la educación común se consideran e incluyen en la capacitación a las modalidades educativas que establece la Ley Nacional de Educación 26.206**

|  |  |
| --- | --- |
| **MODALIDAD** | **Indique con una X** |
| **Artística** |  |
| **Especial** |  |
| **Perm. de Jóvenes y Adultos** |  |
| **Rural** |  |
| **Intercultural Bilingüe** |  |
| **Contextos de Privación de libertad** |  |
| **Domiciliaria Hospitalaria** |  |
| **Técnico Profesional** |  |

|  |
| --- |
| **Explicite quienes pueden realizar la capacitación: Docentes, Directivos, Supervisores y detalle, si fuera necesario, el espacio curricular, campo de conocimiento, área o rol de los destinatarios de la acción. *Por ej. Docentes de Educación Primaria***  |
| **DESTINATARIOS** |  |

|  |
| --- |
| **Indique la carga horaria total en horas reloj** |
| **HORAS QUE CERTIFICA** | **20 hs** |

|  |
| --- |
| **Enlace del formulario en el cual se inscribirán los docentes.** |
| **INSCRIPCIÓN**  |  |

|  |
| --- |
| **Datos de los/as capacitadores/as** |
| **Apellido** | **Nombre** | **CUIL** | **Teléfono** |  **Mail de contacto** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**CRONOGRAMA Y SEDES**

|  |
| --- |
|  ***Modalidad Combinada*** |
| **Recuerde que puede agregar o quitar filas de acuerdo a la cantidad de SEDES que presentará en la plantilla.** |
| **Escriba la LOCALIDAD donde se desarrolla la acción**  | **Escriba la fecha y horario previsto para el encuentro.** ***Por ej.: 29 de abril******de 8:30 a 10:30 h*** | ***Indicar con x la modalidad según corresponda*** |
| **Encuentro** | **Sede** | **Fecha** | **Cantidad de Hora/s** | **Presencial** | **Sincrónico** | **Asincrónico** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Importante**: Se debe adjuntar el **Currículum Vitae** de cada docente capacitador cuya extensión no debe superar 2 carillas.