**Formato de manifestación de interés**

|  |
| --- |
| **Nombre y tipo de evento**:  Grupo Icfes en Ascofade y apoyo a la Mesa Nacional Ascofade - Icfes.  **Señores Ascofade**  **La - Nombre Facultad o unidad Académica:**  **Nombre Universidad:**  Manifestamos nuestro interés en participar de los avances y procesos que se adelanten en el Grupo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Designamos al profesor (a), investigador (a), decano (a) para mantener comunicación con la sede nacional de la asociación y la presidencia del Capítulo ------------------ sobre las acciones que se adelanten al interior del Grupo Icfes y el apoyo que se requiera dar a la Mesa Nacional Ascofade – Icfes.  Los datos de contacto son:  **Nombre de la persona desinada:**  **Formación de pregrado y posgrado (indicar el grado más alto):**  **Programa de la facultad al que pertenece:**  **Tipo de vinculación (de planta o por contrato):**  **Correo electrónico y celular:**  **Indicar el día y el horario para desarrollar reuniones virtuales:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha diligenciamiento:** | **Capítulo que representa:** |
| **Nombre y cargo de quien aprueba su participación:** | |
| **Nombre y firma de la persona designada:** | |