



Chuquibamba, 03 de agosto de 2021

OFICIO MÚLTIPLE N° 0096-2021-GRA-GREA-UGELCON-AGP

Señor (-a) (-ita)

DIRECTOR(A) DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE EDUCACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA

Presente.-

ASUNTO : Programa de refuerzo escolar a estudiantes en la estrategia Aprendo en Casa

REFERENCIA :

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para expresar un saludo cordial y hacer de su conocimiento que, la Universidad Nacional de San Agustín en convenio con la Gerencia Regional de Educación de Arequipa desarrollarán un programa de refuerzo escolar dirigido a estudiantes de educación secundaria y primaria de las Instituciones Educativas de las diferentes provincias de la región.

En tal sentido, solicitamos a su representada remitir la relación de estudiantes que tienen dificultades en el desarrollo de las experiencias de aprendizaje de Aprendo en Casa que deseen participar en el refuerzo, con la autorización firmada del padre de familia y/o apoderado.

Agradecemos presentar dicha información hasta las 11:00 a.m. del día lunes 06 de setiembre de 2021, por mesa de partes de la UGEL Condesuyos, para la consolidación y requerimiento de voluntarios.

Los voluntarios son estudiantes y egresados de la UNSA de diferentes escuelas profesionales, quienes atenderán a los estudiantes en los siguientes horarios, de acuerdo a la disponibilidad de tiempo del estudiante:

- Miércoles y sábados de 3:00 p.m. a 5:00 p.m. o 4:00 p.m. a 6:00 p.m.
- Sábados de 8:00 a.m. a 10:00 a.m. o 3:00 p.m. a 5:00 p.m.

Hago propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,



EERP/JAGP
MRMN/Sec.
C.C. ARCHIVO


Mag. Narciso Ramirez Apaza
DIRECTOR UGEL CONDESUYOS

DOCUMENTO 03964587

EXPEDIENTE 02585393





AUTORIZACIÓN

Yo, _____, identificado con DNI N° _____, padre de familia y/o apoderado de mi menor hijo(a):

| Nombres | Apellido Paterno | Apellido Materno | Grado de Estudios |
|---------|------------------|------------------|-------------------|
|---------|------------------|------------------|-------------------|

| Institución Educativa | Nivel | Celular de contacto | Correo Electrónico (Opcional) |
|-----------------------|-------|---------------------|-------------------------------|
|-----------------------|-------|---------------------|-------------------------------|

Autorizo su participación en el programa de Refuerzo Escolar organizado por la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa y la Gerencia Regional de Educación de Arequipa, a desarrollarse en el siguiente horario: (Marque una alternativa)

- a. Miércoles y sábados de 3:00 p.m. a 5:00 p.m. ()
- b. Miércoles y sábados de 4:00 p.m. a 6:00 p.m. ()
- c. Sábados de 8:00 a.m. a 10:00 a.m. ()
- d. Sábados de 3:00 p.m. a 5:00 p.m. ()

Asimismo, autorizo al personal voluntario de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa a comunicarse con mi menor hijo(a) por: (Puede marcar más de una alternativa)

- a. Celular ()
- b. Zoom ()
- c. Meet ()

Chuquibamba, 03 de setiembre de 2021

Firma y huella digital del padre de familia y/o apoderado

