

_____Práctica Supervisada

15 Total de Horas Contacto: 45

16 Equivalencia en Horas de Crédito para la carga académica del Profesor: 3

17 Descripción del Curso en Español (que no se exceda de 1,000 caracteres):

Estudio de la relación entre la calidad ambiental y las diferenciaciones sociales, enfatizando la desigualdad en el acceso y control de los recursos ambientales y la desigualdad en el acceso a un ambiente saludable, entre otras desigualdades e injusticias ambientales.

17 Descripción del Curso en Inglés (que no se exceda de 1,000 caracteres):

Study of the relationship between environmental quality and social differentiations, emphasizing unequal access to and control over environmental resources and unequal access to a healthy environment, among inequalities and environmental injustices.

18 Prerrequisitos*

SOCI 3262 o SOCI 3007 o GEOG 3155

18 Correquisitos*

*Especifique la Codificación Alfanumérica Correcta

19 Requisitos especiales:

20 Modalidad en la que el Curso se ofrecerá (Puede marcar más de una opción):

X Curso Presencial
Distancia

X Curso Híbrido

X Curso a

21 Cargos por laboratorio: _____ Sí X No

22 Posibilidad de Equivalencia (en la unidad o en otras unidades del sistema):

___ Sí X No

Cursos: _____

Unidad(es) que lo(s) ofrece(n): _____

23 Equipo, materiales e instalaciones mínimas requeridas:

24 Cantidad de Estudiantes por sección: 10 Cupo Mínimo 30 Cupo Máximo

25 Sistema de Calificación:

X Letra (A, B, C, D o F)

_____ Aprobado (S), No Aprobado (NS)

_____ Aprobado (P), No Aprobado (NP)
Sobresaliente;

_____Aprobado (PS: Aprobado

Aprobado (NP)

PN: Aprobado Bueno), No

_____Aprobado (P), Fracasado (F)

___Otro (Especifique):

26 Curso a Inactivar sujeto a la creación del nuevo curso:

No Aplica Si; especifique el curso a inactivar:

SOLICITUD DE CREACIÓN, CODIFICACIÓN UNIFORME Y REGISTRO DE CURSOS

27 APROBACIÓN Y CERTIFICACIÓN A NIVEL DEL DEPARTAMENTO	NOMBRE Y FIRMA	FECHA
Director de Departamento		
28 APROBACIÓN Y CERTIFICACIÓN A NIVEL DE LA FACULTAD	NOMBRE Y FIRMA	FECHA
Decano de la Facultad		
29 APROBACIÓN Y CERTIFICACIÓN A NIVEL DEL SENADO ACADÉMICO	NOMBRE Y FIRMA	FECHA
Presidente del Comité de Cursos		

PARA USO DEL DECANATO DE ASUNTOS ACADÉMICOS

30 Codificación: _____
Codificación _____

Fecha de

Funcionario que procesó la solicitud:
Departamento y Facultad:

Fecha de envío al
