DEPARTAMENTO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO DE LA PAZ

# SOLICITUD DE PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL

# P R O G R A M A

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPENDENCIA:** Escriba el nombre completo de la dependencia sin abreviaturas (NO OMITIR) | | | **DOMICILIO**: Escriba el domicilio actual de la dependencia.  **CORREO**: Escriba el correo de contacto de la dependencia.  **TEL:** Escriba el teléfono de contacto de la dependencia. | | |
| **RESPONSABLE DE LA DEPENDENCIA**: Escriba el nombre completo del titular de la dependencia. (NO OMITIR) | | | | | |
| **DEPARTAMENTO**: Escriba el nombre del departamento en el que estará asignado el estudiante. (NO OMITIR) | | | **OFICINA O SECCIÓN:** Escriba el nombre de la oficina donde estará asignado el estudiante (opcional). | | |
| **NOMBRE DEL PROGRAMA**: Favor de elegir una opción -> | | | **OBJETIVO:** Escriba el objetivo de este programa. | | |
| **ACTIVIDADES:** Escriba las actividades que realizarán los alumnos  - | | **ESPECIALIDAD** | | | **No. DE ALUMNOS:** |
| Elija una carrera.  Elija un elemento.  Elija una carrera. | | | 1 |
| FECHA: 27-ene.-25 | | **T O T A L:** | | | 1 |
| **RESPONSABLE DE LA DEPENDENCIA**  **NOMBRE, FIRMA Y SELLO**  Escriba el nombre completo, grado académico y puesto del titular de la dependencia. | **RESPONSABLE DIRECTO DEL PROGRAMA**  **NOMBRE Y FIRMA**  Escriba el nombre completo, grado académico y puesto del responsable del programa. | | | Vo. Bo.  **DEPARTAMENTO DE GESTIÓN**  **TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN**  **NOMBRE Y FIRMA**  **ARQ. LORENA MATILDE RAMÍREZ CÁRDENAS** | |