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** |