|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERIODO DE REALIZACIÓN:** | Enero-Junio [ ]  Agosto-Diciembre [ ]  | **MODALIDAD:** Interno [ ]  Externo [ ]  |
| **OPCIÓN ELEGIDA:** | PUBLICAR EN BANCO DE PROGRAMAS [ ]  PROPUESTA PROPIA [ ]  TRABAJADOR (solo funcionarios): [ ]  |
| **En caso de propuesta propia o ser trabajador, indicar nombre y N° de control de estudiante (s) en el mismo programa** |
| **DATOS DE EMPRESA O INSTITUCIÓN** |  |
| ***NOMBRE:*** |
|  |
| **DEPARTAMENTO:**  | ***DOMICILIO (calle, número, colonia, ciudad y estado):*** |
|  |  |
| **NOMBRE DE LA (EL) TITULAR (Persona que autoriza la aceptación de estudiantes)** | ***PUESTO:*** |
|  |  |
| **NOMBRE DE LA (EL) RESPONSABLE DEL PROGRAMA: (Persona que supervisa actividades de estudiantes)** | ***PUESTO:*** |
|  |  |
| **SECTOR O GIRO:**  |  ***ORIGEN DE CAPITAL:*** |
| [ ]  **PRIMARIO** **( Agropecuario)**  | [ ]  **SECUNDARIO**  **(Industrial)** | [ ]  **TERCIARIO** **( Servicios)** | [ ]  **PÚBLICO**  | [ ]  **PRIVADO** | [ ]  **SOCIAL** | [ ]  **EDUCATIVO** **(Solo ITCuliacán)**  |
| **NOMBRE DEL PROGRAMA:** | ***OBJETIVO DEL PROGRAMA:*** |
|  |  |
| **ACTIVIDADES A REALIZAR:** | ***N° DE PRESTADORAS (ES) DE SERVICIO SOCIAL QUE SOLICITA:*** |
| **1.-** **2.-****3.-** |  |
| ***HORARIO Y PERFIL REQUERIDO DE LA (EL) ESTUDIANTE (OPCIONAL):*** |
|  |
| ***TÉLEFONO:***  | ***EXTENSIÓN:*** | ***CORREO ELECTRÓNICO:*** |
|  |  |  |

 **TITULAR DE EMPRESA (FIRMA Y SELLO) RESPONSABLE DEL PROGRAMA (FIRMA)**

|  |
| --- |
| **AUTORIZADO POR INSTITUTO TECNOLÓGICO DE CULIACÁN**  |
| **JEFA (E) DEL DEPTO. DE GESTIÓN TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN** |