

GESTIÓN DE ESPACIO Y PROYECTO

ESTANCIA 1: () ESTANCIA 2: () ESTADÍA: ()

FECHA:

PROGRAMA DE ESTUDIO (Carrera):

Período de ESTANCIA/ESTADÍA:

GRUPO:

del de al de de

Nombre del Alumno(s):

DATOS DE LA ORGANIZACIÓN PRODUCTIVA, (EMPRESA, INSTITUCIÓN, AGRUPACIÓN SOCIAL, ETC.)

Nombre Comercial:			
Actividad principal:			
Giro		Tamaño	
Sector			
Domicilio:			
Municipio:		Estado:	
Teléfono:		E-Mail:	
Persona/Contacto en la Organización:			

Breve descripción del proyecto

Cantidad de Alumnos

APOYOS OTORGADOS POR LA ORGANIZACION

Apoyo Económico	Si ()	No ()	\$ _	Mensuales
Alimentación	Si ()	No ()	\$ _	Mensuales
Transporte	Si ()	No ()	\$ _	Mensuales

Nombre Asesor Industrial:		No. De Teléfono:	
Se Autoriza Espacio y Proyecto a:		No. De Teléfono:	
En Área/Departamento De:			

Firma y/o sello de la empresa

F-01/Rev:06-2025