

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			
	<input type="text"/>			
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



**Secretaría
de Educación**