|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Programa Educativo:** |  | **Periodo:** |  | **Mes:** |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Profesor/a** |  | **Asignatura:** |  | **Grupo:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| La visita se realizará en la empresa / institución: |  |
| que se encuentra ubicada en: |  |
| Tels. |  | para los alumnos del  |  | cuatrimestre , se confirma para el(los) día(s) |  |
| del mes de  |  |  y con el(los) siguiente(s) horario(s). |  |
|  |  |  |  |
|   |   |   | Grupo |  | horario |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |   | Grupo |  | horario |  |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |   | Grupo |  | horario |  |   |   |   |
| La persona responsable de la empresa/institución que recibirá a los grupos será: |   |   |   |   |   |
|  |
|  |
| Recomendaciones o Requerimientos:  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre y Firma |  | Nombre y Firma |  | Nombre y Firma |  | Nombre y Firma |
| **Profesor/a** |  | **Coordinación de Programa Educativo** |  | **Dirección de División** |  | **Dirección de Vinculación y Extensión** |