|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |