ANEXO F "SOLICITUD - REGISTRO/AUTORIZACIÓN"

I. DATOS DEL PRESTADOR E INSTITUCIÓN EDUCATIVA

1.- Fecha: _____

2.- Nombre: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

3-. Domicilio: _____

4.- Telefono Fijo: _____ Telefono Celular: _____

5.-Correo Electrónico: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

6.- Carrera: _____

7.- Porcentaje de créditos cubiertos a la fecha: _____ Promedio : _____

8.- Facebook: _____ 9.- Matricula: _____

10.- CURP: _____

II. DATOS DE LA ENTIDAD RECEPTORA

5.- Nombre de la Entidad Receptora: _____

Federal ☐ Estatal ☐ Municipal ☐ O N G ☐ I.E. ☐ I.P. ☐

6.- Unidad Administrativa Responsable: _____

7.- Domicilio de la Unidad Administrativa Responsable: _____

8.- Municipio: _____ Teléfono: _____

9.- Funcionario responsable del programa y cargo: _____

10.- Programa en el que participará el pre Salud ☐ Educación, arte, cultura y deporte ☐ Alimentación y Nutrición ☐

Vivienda ☐ Empleo y capacitación para el trabajo ☐ Apoyo a proyectos productivos ☐

Grupos vulnerables con capacidades diferentes, infantes y tercera edad ☐ Gobierno, justicia y seguridad pública ☐

Pueblos indígenas ☐ Derechos humanos ☐ Política y planeación económica y social ☐

Infraestructura hidráulica y de saneamiento ☐ Comercio, abasto y almacenamiento de productos básicos ☐

Asistencia y seguridad social ☐ Medio ambiente ☐ Desarrollo urbano ☐ Desarrollo Tecnológico ☐

11.- Actividades que desarrollará el prestador: _____

En que horario: Lunes a Viernes ☐ Sábado, Domingo, Días Festivos ☐

de _____ a _____ de _____ a _____

12.- Período de Prestación: del: 25 (Día) marzo (Mes) 2024 (Año) al: 25 (Día) septiembre (Mes) 2024 (Año)

13.- Horas de duración del programa o proyecto: 480 horas: [x] Otras _____

Nombre y firma
de la empresa, organización ó institución educativa

Nombre y Firma el Prestador