

SOLICITUD DE APROBACION DE PROGRAMA

FECHA: _____



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

Centro Universitario de Ciencias
Sociales y Humanidades

Coordinación de Extensión

UNIDAD DE SERVICIO SOCIAL

DEPENDENCIA SOLICITANTE	
DOMICILIO	TELEFONO
TITULAR DE LA DEPENDENCIA	
RESPONSABLE DE LOS PRESTADORES	

NOMBRE DEL PROGRAMA	
LOCALIDAD DE REALIZACIÓN	PERIODO QUE ABARCA
OBJETIVO DEL PROGRAMA	
JUSTIFICACIÓN	
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD DEL PROGRAMA	
PERFIL DE PARTICIPANTES	
CRITERIOS DE EVALUACIÓN	

RECURSOS HUMANOS SOLICITADOS

CARRERA	TURNO MATUTINO	TURNO VESPERTINO	SABADO Y DOMINGO

“Nos comprometemos a mantener informada oportunamente a la Rectoría del CUCSH sobre cualquier modificación del presente programa o cualquier anomalía relativa al comportamiento de los prestadores de servicio asignados.”

EL TITULAR DE LA DEPENDENCIA

EL RESPONSABLE DE LOS PRESTADORES
