



Acuerdo de Colaboración

Servicio Social, Prácticas y/o Estadías Profesionales

Prestatario/a; Practicante - Unidad Administrativa

Nombre y firma de la/el jefe inmediato del área asignada:	
Nombre de la/el alumno:	
Fecha de inicio de actividades:	
Fecha de terminación:	
Número telefónico de la/el alumno:	
Número telefónico del padre, madre y/o tutor:	

Horario de Asistencia

Día	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sáb	Dom
Horario							

En caso de cambio de actividades, se acuerda con:	
En caso de cambio de horario por ambas partes, se acuerda con anticipación:	
En caso de incumplimiento de acuerdos por parte del área administrativa, se dirige con:	
En caso de incumplimiento de acuerdos por el/la prestatario/a y/o practicante dirigirse con:	

Nombre, firma y sello del/la Titular del área solicitante

Nombre, firma y sello del/la Titular del Instituto Tizayuquense de la Juventud