ASUNTO: CONSTANCIA DE NO INCONVENIENCIA CCUSA SUMMER CAMPS

A QUIEN CORRESPONDA:

Se solicita su apoyo para conocer la situación académica y administrativa y así estudiante participar en el programa de CCUSA SUMMER CAMPS 2025

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  con número de control **\_\_\_\_\_\_\_\_\_(2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** de la carrera **\_\_\_\_\_\_\_(3)\_\_\_\_\_\_\_**  de la UA \_\_\_\_\_\_\_\_\_(4)\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del Instituto Tecnológico Superior de Zongolica es un postulante regular académicamente para el programa de CCUSA SUMMER CAMPS 2025.

favor de llenar según corresponda:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TITULAR DE AREA CORRESPONDIENTE | NOMBRE DEL RESPONSABLE (5) | RECOMENDACIONES ACADÉMICAS (6) | FECHA (7) |
| COORDINADOR(A) DE UNIDAD ACADÉMICA. |  |  |  |
| COORDINACIÓN DE ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS. |  |  |  |
| OFICINA DE SERVICIO SOCIAL. |  |  |  |
| OFICINA DE RESIDENCIAS PROFESIONALES. |  |  |  |
| SEGURO FACULTATIVO (OFICINA DE CONTROL ESCOLAR). |  |  |  |

ANEXO FORMA DE LLENADO

1- NOMBRE DE ESTUDIANTE

2- NÚMERO DE CONTROL

3- CARRERA

4- UNIDAD ACADÉMICA DONDE PERTENECE

5- NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL ÁREA.

6. EL RESPONSABLE ESCRIBE LAS RECOMENDACIONES CORRESPONDIENTES.

7- FECHA