**SOLICITUD DE ACTIVACIÓN DE ACTIVIDAD COMPLEMENTARIA**

**Ocotlán, Jal., a Elija un día. de Elija un mes. de Elija un año.**

C. **Escribir Nombre**

**JEFE DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**PRESENTE**

**DATOS DE LA ACTIVIDAD COMPLEMENTARIA**

Dependencia Oficial: **INSTITUTO TECNOLÓGICO DE OCOTLÁN**

Área de Asignación: **DEPARTAMENTO DE** **Elija área**

Jefe del Área Asignada: **Escribir Nombre**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Coordinador de la Actividad: |  |

Periodo de Activación del **Elija un día. de Elija un mes. de Elija un año. al Elija un día. de Elija un mes. de Elija un año.**

Actividad Complementaria: **Elija un Actividad.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la actividad complementaria: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Evidencias a entregar: | 1.- |  |
|  | 2.- |  |
|  | 3.- |  |
|  | 4.- |  |

**ATENTAMENTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Escribir Nombre**  **DEPARTAMENTO DE** **Elija área** |

c.c.p: Archivo

**XXX**