

**CONFIRMACIÓN Y PROGRAMACIÓN DE VISITA Y/O CONFERENCIA SOLICITADA
INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE PUERTO PEÑASCO
SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y VINCULACIÓN
DEPARTAMENTO DE VINCULACIÓN Y EXTENSIÓN**

Fecha: _____

Por este conducto, notifico que la (Visita/Conferencia) que el C. (Docente que solicito), conforme a la solicitud número ____ que ha gestionado a este departamento, será bajo las siguientes características:

Nombre del (de la) docente	Empresa por visitar/conferencia	Área a observar/ Tema	Fecha/ Horario	Carrera/ Semestre	No. De estudiantes	Materia	Observaciones

Nota: Si la visita/conferencia es foránea este formato deberá de tener el Vo.Bo. de la Dirección General del Instituto.

Nombre y Firma
Del (de la) Docente

Nombre y Firma de
Jefatura de División de Carrera

Nombre y Firma del Jefatura del Depto. de
Vinculación y Extensión