



No. FOLIO: _____

SOLICITUD DE APOYO FECHA / /

Este instrumento tiene la finalidad de apoyar a las áreas de la institución que requieran de algún servicio de vinculación sea interno o externo. Para un mejor seguimiento a su solicitud se requiere que llene todos los campos.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL APOYO SOLICITADO

(Favor de ser lo más explícito posible)

DATOS DEL SOLICITANTE

CENTRO O DIRECCIÓN:	_____
DEPARTAMENTO:	_____
RESPONSABLE:	_____
TELÉFONO DE CONTACTO:	_____
CORREO ELECTRÓNICO:	_____

APOYO POR PARTE DEL DEPARTAMENTO DE VINCULACIÓN

(Marque en la casilla la opción u opciones que requiera)

- Administración de Proyecto. Gestión de convenio o contrato.
 Vinculación con un área específica. Otro (especifique): _____

DESCRIPCIÓN DE LOS PRODUCTOS GENERADOS DEL CONVENIO Y/O CONTRATO

- | | |
|--|---|
| - Investigaciones realizadas. _____ | - Estudios realizados. _____ |
| - Publicaciones. _____ | - Equipo recibido. _____ |
| - Cursos impartidos y/o recibidos. _____ | - Alumnos, maestros e investigadores involucrados en el proyecto. _____ |
| - Capacitaciones impartidas y/o recibidas. _____ | - Otros (especifique) _____ |
| - Becas a estudiantes y/o profesores. _____ | |

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE DEPARTAMENTO

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO/DIRECTOR

USO DE VINCULACIÓN

Viabilidad para realizar el Apoyo: AUTORIZADO: _____ NO AUTORIZADO: _____
MOTIVO: _____

RESPONSABLE DE VINCULACIÓN

RESPONSABLE DE SEGUIMIENTO:

- Dpto. Jurídico Proyectos Especiales