



ASISTENCIA INTEGRADA /CENTRO DE FORMACIÓN LABORAL
PROGRAMA DE ESTUDIO Y TRABAJO INSTITUCIONAL
SOLICITUD DE RECURSO DE APOYO/
RECOMENDACIÓN DE ESTUDIANTE

Nombre Estudiante _____

Número Estudiante _____

Áreas de apoyo:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Laboratorio de idiomas | <input type="checkbox"/> Laboratorio de ciencias |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio de fotografía/Área de producción para televisión | <input type="checkbox"/> Tutorías/ Lector/Anotador/Mentores |
| <input type="checkbox"/> Estudio de producción para cine y televisión | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

Especifique las labores que realizará el recurso. De ser necesario, incluya una hoja adicional:

Habilidades y Destrezas

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Fecha de comienzo _____	Fecha terminación _____
Número de cuenta: _____	Unidad: _____
Director(a): _____	Fecha: _____

Aprobación Asistencia Integrada

Aprobación Oficina Planificación Estratégica

Importante: Esta solicitud deberá tramitarse con no menos de **cinco (5)** días laborables antes del inicio de la actividad.

Original: Asistencia Integrada
Copia: Centro de Formación Laboral
Copia: Unidad Presupuestaria

Cantidad de horas semanales	_____
Cantidad de semanas	_____
Horas semestrales	_____
Jornal por hora	_____
Cantidad a pagar al semestre	_____