|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **FORMULARIO DE SOLICITUD DE AVAL A LA ACTIVIDAD COMUNITARIA**(Para el caso que se desarrolle como Requisito del Plan de Estudios)RESPALDO NORMATIVO: Res.CAFI347/22 |  |
| **DATOS DEL/LOS ESTUDIANTE/S** |
| **Apellido y Nombre**  |  |
| DNI |  |
| Carrera |  |
| Plan de estudios |  |
| **ACTIVIDAD A DESARROLLAR** |
| Institución o proyecto de extensión en el cual desarrollará la actividad |  |
| Breve descripción de la actividad a realizar  |  |
| Fecha de inicio |  |
| Fecha prevista para la finalización |  |
| Carga horaria total estimada |  |
|  **CONFORMIDAD DEL RESPONSABLE DE LA INSTITUCIÓN COMUNITARIA O DIRECTOR DEL**  **PROYECTO DE EXTENSIÓN** |
| **Nombre y apellido** |  |
| DNI |  |
| Institución a la que pertenece |  |
| Contacto (Mail/Tel) |  |
| Firma |  |
| **FIRMA DEL ESTUDIANTE** |  |
|  **CERTIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES ACADÉMICAS**El Área Gestión Estudiantes certificará que, si corresponde, las condiciones especificadas en el respectivo plan de estudios.  |
| Director del Área Gestión Estudiante | ………………………………………………………………………………………………………………………..Firma y aclaración |
| Fecha de certificación |  |
|  **AVAL DEL DOCENTE RESPONSABLE DEL ESPACIO CURRICULAR Y DEL**  **COORDINADOR DE CARRERA** |
| Docente responsable de la AFSH | ………………………………………………………………………………………………………………………..Firma y aclaración |
| Coordinador de Carrera | ………………………………………………………………………………………………………………………..Firma y aclaración |