|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **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 | | |