**Instituto Tecnológico Superior de Naranjos**

**Subdirección Académica**

**Formato de Solicitud de Actividad Complementaria**

**Datos Personales**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del Estudiante: | | |  | | |
| No. de Control: | |  | | Semestre: |  |
| Carrera: |  | | | | |
| Periodo Escolar: | | Agosto 2025 – Enero 2026 | | | |

**Actividad Complementaria**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Actividad Académica** |  | **Actividad Extraescolar** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la Actividad Complementaria Solicitada: | |
| Nombre del Docente Responsable de la Actividad: | No. de Créditos: |
| Duración en Horas: |
| Horario en el que asistirá: | Fecha de Entrega de la Solicitud: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre y firma del solicitante** |  | **Nombre y firma de aceptación del**  **Coordinador de la actividad** |