**Solicitud de Realización de Actividades de Retribución Social**

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025

**Dra. Magally Guadalupe Sánchez Domínguez**

**Jefa de Posgrado de la DACA**

P R E S E N T E

Por este medio, solicito a usted de la manera, más atenta, tramitar a quien corresponda, la realización de las Actividades de Retribución Social, de becarias o becarios CONAHCYT, en el periodo del de

 al de de 2024, de acuerdo con la información abajo presentada.

Datos académicos

| Matrícula:  | División Académica de Ciencias Agropecuarias |
| --- | --- |
| Nombre completo:  | Correo Electrónico institucional:  |
| Programa de Posgrado:  | Correo Electrónico particular:  |
| Semestre o año que cursa:  | Celular:  |
| Ciclo Escolar:  | Dirección:  |

Actividades de retribución social que se realizarán de acuerdo con el “Apéndice 1”: “*Catálogo de Actividades”*, de los “*Lineamientos para el Cumplimiento de Actividades de Retribución Social de las Becarias o los Becarios, de los Programas Educativos de Posgrado de la UJAT”.*

| Actividad de Retribución Social (título que establece los Lineamientos de ARS de la UJAT):   | Nombre y cargo del responsable del área en donde serealizarán las actividades:  |
| --- | --- |
| Descripción de la Actividad:   | Teléfono fijo y celular del responsable del área endonde se realizarán las actividades: |
| Horas totales de la Actividad de RetribuciónSocial: | Dirección de la sede en donde se realizarán lasactividades de retribución social:   |
| Evidencia que se entregará al terminar laactividad:   | Teléfono fijo y celular de la sede en donde serealizarán las actividades de retribución social: |
| Sede en donde se realizarán las actividades deretribución social:   | Correo electrónico de la sede en donde se realizaránlas actividades de retribución social: |
| Descripción del impacto de la actividad de retribución social:  | Metas a obtener con la actividad de retribución social:   |

Sin otro particular por el momento, me despido, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del(a) becaria(o)**

Firma

CVU

Vo. Bo.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del Director de Desarrollo Tecnológico/Tesis

