**SOLICITUD DE CONVALIDACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| Facultad: Haga clic aquí para escribir texto. | N° de solicitud: |
| Escuela: Haga clic aquí para escribir texto. | Período lectivo: |

|  |
| --- |
| DATOS PERSONALES |
| Apellido | Nombre | C.I. | Contactos |
| Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | Correo: | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Teléfono: | Haga clic aquí para escribir texto. |
| DATOS DE LA ACCIÓN COMUNITARIA |
| Título | Institución Receptora | Tipo de Institución | Parroquia |
| Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. |
| SOPORTES DE LA SOLICITUD |
| * Fotocopia de la cédula de identidad:
 |  | * Constancia de la acción comunitaria:
 |  |
| * Informe de la acción comunitaria:
 |  | * Otro, especifique:
 |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
| SOLICITANTE | COORDINACIÓN DE SERVICIO COMUNITARIO |
| Fecha | Firma | Fecha | Firma | Sello |
|  |  |  |  |  |