



PROGRAMA ESCUELAS DE TIEMPO COMPLETO

Formato de inicio de ciclo escolar 2016-2017

DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO

NOMBRE C. T. _____ C.C.T. _____

ZONA ESCOLAR _____ NIVEL EDUCATIVO _____

TELÉFONO ESCUELA _____ MUNICIPIO _____

DOMICILIO _____

C.P. _____

DATOS DEL DIRECTOR

NOMBRE DIRECTOR _____

N° CELULAR _____ E-MAIL _____

DATOS DEL SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR _____

N° CELULAR _____ E-MAIL _____

UNA VEZ LLENADO, ESCANEARLO Y ENVIARLO COMO ARCHIVO ADJUNTO AL IGUAL QUE LAS CARTAS
COMPROMISO DE SU PERSONAL AL CORREO ELECTRÓNICO: esc_tiempo@hotmail.com

