**Formato de autorización**

**L.C. Nancy Dalia Parra Mejía**

**Encargada de la Dirección de Vinculación y Desarrollo Regional**

**del Instituto Politécnico Nacional**

**Presente**

Por medio del presente solicito su autorización para iniciar el servicio complementario de formación de nombre (nombre del curso/diplomado) el cual se impartirá en el CVDR/CIITA/AC con los siguientes datos:

|  |  |
| --- | --- |
| **No. de registro** |  |
|  |  |
| **Modalidad** |  |
|  |  |
| **Duración en horas** |  |
|  |  |
| **Periodo de impartición** |  |
|  |  |
| **Fecha de inicio impartición** |  |
|  |  |
| **Fecha de término impartición** |  |
|  |  |
| **Día (s)** |  |
|  |  |
| **Horario** |  |
|  |  |
| **No. de participantes inscritos** |  |
|  |  |
| **Nombre del instructor** |  |
|  |  |
| **Costo unitario del curso** | $ |

Este servicio complementario de formación genero un total de ingresos por la cantidad de $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cantidad con letra), el cual se depositó en el número de cuenta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la Institución bancaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ perteneciente al CVDR/CIITA/AC que es titular de la cuenta.

Por lo anterior, solicito su autorización para dar inicio al servicio complementario de formación.

Se anexa la lista de participantes.

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

**Director (a) del** CVDR/CIITA

**Dirección de Vinculación y Desarrollo Regional**

**del Instituto Politécnico Nacional**