



Psicología

FACULTAD DE SALUD
FICHA TÉCNICA DE TRABAJO SOCIAL
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

DATOS DE LA ENTIDAD QUE AVALA SU PROPUESTA

Nombre: _____

Nombre del Representante Legal, Gerente o Contacto: _____

Dirección: _____ Ciudad: Pamplona

Teléfono Fijo: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

DATOS DEL ESTUDIANTE

Nombre: _____

Código: _____ Programa: _____

Teléfono Fijo: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

ACTIVIDAD DE IMPACTO A LA COMUNIDAD

_____.