



Oficina de Ministerios Estudiantiles

Programa de Servicio Cristiano

**Autorización del participante
(Cumplimentado por el supervisor de Servicio Cristiano)**

Curso: SC-201

Año y periodo académico: _____ Modalidad: ____Online ____Presencial

Nombre del estudiante _____ # - _____

Supervisor inmediato _____ Teléfono _____

Correo electrónico _____

Institución u organización: _____

Día _____

Horario _____

Certifico que he acordado con el estudiante admitirlo para realizar su Laboratorio en Servicio Cristiano bajo mi supervisión y he recibido la información y los documentos relacionados a dicho proceso.

Firma del/la supervisor/a _____ Fecha _____

Firma del/la practicante _____ Fecha _____

Firma del/la directora/a _____ Fecha _____