

INSTITUTO TECNOLÓGICO DE COSTA RICA  
VICERRECTORÍA DE VIDA ESTUDIANTIL Y SERVICIOS ACADÉMICOS  
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL Y SALUD

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombre

Carné

Carrera

Sede

Teléfono

Correo electrónico

Beca de Residencias

Si ( )	No ( )
--------	--------

Nombre del supervisor o supervisora

Número de cédula del supervisor o supervisora

Lugar donde realiza las horas

**CONTROL DE HORAS COLABORACIÓN**

Fecha	Horario	Horas realizadas <sup>1</sup>	Firma del/a estudiante	Firma del/a supervisor/a <sup>2</sup>
<b>Total de horas realizadas:</b>			<b>Sello respectivo del lugar donde realizó las horas:</b>	
<b>Para uso de Trabajo Social</b>				
<b>Total de Horas Pendientes:</b>				

\*\*\*ES OBLIGACIÓN DEL/A ESTUDIANTE LEER LA INFORMACIÓN INDICADA AL DORSO\*\*\*

<sup>1</sup> RECUERDE CONTABILIZAR LAS HORAS COLABORACIÓN REALIZADAS.

<sup>2</sup> ESTA HOJA DEBE TRAER EL SELLO RESPECTIVO DEL LUGAR DONDE LA O EL ESTUDIANTE REALIZA SUS HORAS COLABORACIÓN.