

**Programa Institucional de Tutoría**

**Canalización a áreas de formación integral y áreas de apoyo a la acción tutorial**

| Nombre del Tutor(a) | | Ciclo Escolar: |
| --- | --- | --- |
| Departamento Académico: | | Carrera: |
| Nombre del Tutorado (a): | | |
| No. de control: | Celular: | Correo: |

**Señale con una X el (las) área(s) a la(s) que se canaliza:**

|  | Orientación educativa |  | Desarrollo Académico |  | Gestión Tecnológica y vinculación |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Asesoría Académica |  | Servicios Escolares |  | Coordinación de carrera |
|  | Servicios Médicos |  | Actividades Extraescolares |  | División de estudios profesionales |

**Señale con una X el (los) Motivo(s) de la canalización:**

|  | Asesoría Psicológica |  | Estrés |  | Desarrollo de habilidades intelectuales |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Programas de estudio |  | Cambios de carrera |  | Actividades deportivas y culturales |
|  | Hábitos de estudio |  | Movilidad estudiantil |  | Becas y financiamiento académico |
|  | Estilos de aprendizaje |  | Bolsa de trabajo |  | Atención estudiantil |
|  | Dificultades económicas |  | Inteligencia emocional |  | Administración de retícula |

| **Descripción de la canalización** |
| --- |
|  |

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

Nombre y firma del Coordinador de tutorías Nombre y firma de la persona tutora

Del Departamento Académico