|  |
| --- |
| **Datos del (la) prestador (a)** |
| Nombre completo: | | Firma (opcional) | |
| Perfil profesional: | | No. de cuenta: | Fecha de la baja: |

|  |
| --- |
| **Datos de la dependencia receptora y jefe inmediato** |
| Nombre: | |
| Responsable de el/la prestador/a (Grado académico, nombre completo y cargo): | |

|  |
| --- |
| **Motivos que originaron la baja y consecuencias para el (la) prestador(a)** |
|  | |

**Nota:** Sólo se autorizará una segunda baja, la tercera se someterá a Consejo de Gobierno del Espacio Académico.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre completo** | **Firma y sello** |
| **Responsable de servicio social del Espacio Académico** | |  |