

IMPORTANTE:

Cada institución debe llenar individualmente esta página. Aquellas instituciones cuya ficha no aparezca debidamente cumplimentada y firmada no serán consideradas como participantes en el proyecto.

Esta página no deberá ser modificada. Cualquier información no requerida en esta página que la Institución desee agregar deberá anexarse.

Una vez completada, la página deberá ser impresa, firmada y sellada y entregada en mano o enviada por correo al director o a la Unidad Académica de la UNLP ejecutora del proyecto.

En este último caso, se tomará como válida la fecha del sello postal.

|                                    |                          |
|------------------------------------|--------------------------|
| Institución                        |                          |
| Nombre Completo de la Institución: | Facultad de Bellas Artes |
| Calle:                             |                          |
| Código Postal:                     |                          |
| Localización:                      |                          |
| Teléfono:                          |                          |
| Email:                             |                          |
| Tipo de Organización:              |                          |

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| Representante legal y/o responsable |  |
| Apellido y Nombre(s):               |  |
| Cargo:                              |  |
| Teléfono:                           |  |
| Email:                              |  |

Declaro conocer y formalmente avalar el programa/proyecto:

|  |
|--|
| Mi Cuerpo Mi Territorio. Nuestros Derechos |
|--|

con el compromiso de asegurar la participación de mi Institución en el mismo.

Lugar y fecha:

Firma y aclaración:

Sello de la Institución participante

IMPORTANTE:

Cada institución debe llenar individualmente esta página. Aquellas instituciones cuya ficha no aparezca debidamente cumplimentada y firmada no serán consideradas como participantes en el proyecto.

Esta página no deberá ser modificada. Cualquier información no requerida en esta página que la Institución desee agregar deberá anexarse.

Una vez completada, la página deberá ser impresa, firmada y sellada y entregada en mano o enviada por correo al director o a la Unidad Académica de la UNLP ejecutora del proyecto.

En este último caso, se tomará como válida la fecha del sello postal.

| Institución                        |  |
|------------------------------------|--|
| Nombre Completo de la Institución: | Bachillerato de Bellas Artes - Americo D Santo |
| Calle:                             |  |
| Código Postal:                     |  |
| Localización:                      |  |
| Teléfono:                          |  |
| Email:                             |  |
| Tipo de Organización:              |  |

| Representante legal y/o responsable |  |
|-------------------------------------|--|
| Apellido y Nombre(s):               |  |
| Cargo:                              |  |
| Teléfono:                           |  |
| Email:                              |  |

Declaro conocer y formalmente avalar el programa/proyecto:

Mi Cuerpo Mi Territorio. Nuestros Derechos

con el compromiso de asegurar la participación de mi Institución en el mismo.

Lugar y fecha:

Firma y aclaración:

Sello de la Institución participante

IMPORTANTE:

Cada institución debe llenar individualmente esta página. Aquellas instituciones cuya ficha no aparezca debidamente cumplimentada y firmada no serán consideradas como participantes en el proyecto.

Esta página no deberá ser modificada. Cualquier información no requerida en esta página que la Institución desee agregar deberá anexarse.

Una vez completada, la página deberá ser impresa, firmada y sellada y entregada en mano o enviada por correo al director o a la Unidad Académica de la UNLP ejecutora del proyecto.

En este último caso, se tomará como válida la fecha del sello postal.

|                                    |                            |
|------------------------------------|----------------------------|
| Institución                        |                            |
| Nombre Completo de la Institución: | Facultad de Trabajo Social |
| Calle:                             |                            |
| Código Postal:                     |                            |
| Localización:                      |                            |
| Teléfono:                          |                            |
| Email:                             |                            |
| Tipo de Organización:              |                            |

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| Representante legal y/o responsable |  |
| Apellido y Nombre(s):               |  |
| Cargo:                              |  |
| Teléfono:                           |  |
| Email:                              |  |

Declaro conocer y formalmente avalar el programa/proyecto:

|  |
|--|
| Mi Cuerpo Mi Territorio. Nuestros Derechos |
|--|

con el compromiso de asegurar la participación de mi Institución en el mismo.

Lugar y fecha:

Firma y aclaración:

Sello de la Institución participante