

Escuela y/o Facultad _____
Nombre del proyecto _____
Área del proyecto _____

DATOS PERSONALES					
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Edad	Sexo
1					
2					
3					
4					
5					

	Matrícula	Carrera	Semestre	Mail	Celular
1					
2					
3					
4					
5					

RESUMEN DEL PROYECTO (indicar al mercado que va dirigido)

DATOS DEL ASESOR

Nombre: _____

E- mail: _____ Celular: _____

Firma: _____

Comité de Innovación
Consejo de Vinculación Universidad-Empresa Coahuila Sureste
Saltillo, Coahuila a 30 de mayo de 2017