

**CONSTANCIA DE ASISTENCIA DURANTE LA EXTENSIÓN DE LA JORNADA****Coordinación Estatal del PETC**

Fecha: \_\_\_\_\_

Por medio del presente el/la C. Director(a) y/o Responsable de Tiempo Completo de nombre:

de la escuela \_\_\_\_\_ con C.C.T. \_\_\_\_\_ Horario escolar \_\_\_\_\_

Da fé que las personas que se enlistan a continuación, las cuales reciben el apoyo económico, acudieron puntualmente a laborar durante la extensión de la jornada en el mes de \_\_\_\_\_, los días estipulados en el calendario escolar elegido, previamente acordado en el Consejo Técnico Escolar; habiéndose abstenido de abandonar sus funciones durante este tiempo.

Núm.	Nombre	Firma
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma director(a) de escuela de  
Tiempo Completo**\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma supervisor(a) escolar**

**El pago del apoyo económico está regulado y es sustentado en las Reglas de Operación del Programa Escuelas de Tiempo Completo vigentes, así como en los Criterios para el Ejercicio de los Rubros de Gasto del PETC vigentes.**

**El apoyo económico que el presente Programa entrega al personal con funciones de directivo, docente y de apoyo (intendente) que desempeñen las funciones específicas de su puesto durante la jornada extendida no dará lugar a relación laboral o contractual alguna.**

**FOLIO DEL PETC** \_\_\_\_\_