



**Departamento de Gestión Tecnológica y Vinculación**

**SOLICITUD DE SERVICIO SOCIAL**

**Datos personales:**

Nombre completo: \_\_\_\_\_, Sexo: M, F.

Teléfono: \_\_\_\_\_, Domicilio: \_\_\_\_\_.

Correo electrónico: \_\_\_\_\_.

Escolaridad: No. De Control: \_\_\_\_\_. Carrera: \_\_\_\_\_.

Periodo: enero-junio ( ), agosto-diciembre ( ), Semestre: \_\_\_\_\_.

**Datos del Programa de Servicio Social:**

Dependencia: \_\_\_\_\_

Titular de la Dependencia: \_\_\_\_\_

Puesto de la Dependencia: \_\_\_\_\_

Nombre del Programa: \_\_\_\_\_

Modalidad: interna ( ), externo ( ).

Fecha de Inicio: (dd/mm/año)\_\_\_\_\_, Fecha de Terminación: (ddm/m/año) \_\_\_\_\_

**Nota: no menor a seis meses.**

Programa de Actividades: \_\_\_\_\_

Tipo de programa:

- ( ) Educación para adultos      ( ) Desarrollo de comunidad      ( ) Actividades deportivas
- ( ) Actividades cívicas      ( ) Actividades culturales
- ( ) Medio ambiente
- ( ) Desarrollo sustentable      ( ) Apoyo a la salud      ( ) Otros

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE SERVICIO SOCIAL:**

Aceptado: SI ( ) NO ( ) Motivo: \_\_\_\_\_.

Observaciones: \_\_\_\_\_.

