**SOLICITUD DE SERVICIO SOCIAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS PERSONALES** | | | | | | | |
| Nombre completo del solicitante: | | | | | |  | |
|  | (Apellido paterno) (Apellido materno) (Nombre(s)) | | | | | | |
| Domicilio particular: |  | | | | | | |
|  | Calle Número Colonia | | | | | | |
| Teléfono: |  | | | | | | |
| Sexo: | M ( ) F ( ) | | | | | | Edad: |
| **ESCOLARIDAD** | | | | | | | |
| Carrera: | |  | | | | | |
| Semestre: 4° Grupo: | | N° de Control: | | |  | | |
| % Créditos aprobados: | | 70% | | | | | |
| **DATOS DE LA INSTITUCIÓN** | | | | | | | |
| Periodo de inicio: | Periodo de Término: | | | |  | | |
| Nombre de la Institución o dependencia: | | | |  | | | |
| Dirección: | | |  | | | | |
| Teléfono: | | |  | | | | |
| Nombre del Programa: | | | No aplica | | | | |
| Nombre del Subprograma: | | | No Aplica | | | | |
| Actividades básicas: | | | Apoyo en diferentes áreas y diferentes actividades asignadas por mis superiores | | | | |
| MODALIDAD: Individual ( x ) Grupal o colectiva ( ) Otra ( ) ¿Cuál? | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| ÁREAS: Urbana (x ) Suburbana ( ) Rural ( ) | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

Lugar y fecha: Campeche Camp a

L.I. Mónica Misset Valdez

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL (Alumno)  Ing. Freddy A. Tolosa Dzul |  | RESPONSABLE DE SERVICIO SOCIAL |
| DIRECTOR DEL PLANTEL |  | SELLO DEL  PLANTEL |

Original para el plantel.

C.c.p. El prestador.

c.c.p. Archivo.