**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.