Mixquiahuala de Juárez, Hidalgo, {fechaActual}.

ASUNTO **ASUNTO: SOLICITUD DE SERVICIO SOCIAL**.

No. DE SOLICITUD (Asignado por R.P. y S.S.)

LIC. CARMEN ROJO MONROY:

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE RESIDENCIAS PROFESIONALES Y SERVICIO SOCIAL

Quien suscribe {nombreEstudiante}, con número de matrícula {matricula} , del Programa Educativo {programaEducativo}, con 70% de créditos aprobados de conformidad al Lineamiento de Operación y Acreditación del TecNM para la operación y acreditación del Servicio Social, y, toda vez que cumplo con los requisitos para realizar el proceso de Servicio Social en el periodo del {convocatoria}; solicito a Usted me sea expedida la “Carta de presentación”, conforme a la ficha de identificación siguiente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FICHA DE IDENTIFICACIÓN | | |
| I) DATOS DEL ESTUDIANTE: | | |
| I.1) Programa Educativo: | {programaEducativo} | |
| I.2) Matrícula: | {matricula} | |
| I.3) Nombre completo: | {nombreEstudiante} | |
| I.4) Domicilio completo: | {domicilio} | |
|  | (Calle, número ext. número int., Colonia, Municipio, Estado. C.P.) |  |
| I.5) Correo electrónico: |  | |
| I.6) Teléfono celular: | {telefono} Tel. fijo: {telefonoFijo} | |
| I.7) No. de afiliación IMSS: | {noAfiliacionIMSS} | |
| I.8) ) No. de póliza de seguro “ ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO” THONA SEGUROS : | AP-TEC-219-05 VIGENCIA: 01/01/2024 AL 31/12/2024 | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| II) DATOS DE LA EMPRESA, ORGANISMO O DEPENDENCIA | | | |
| II.1) Razón Social: | {nombrePrograma} | | |
| II.2) Domicilio completo: {domicilio} | | | |
| (Calle, número ext. número int., Colonia, Municipio, Estado. C.P.) | | | |
| II.3) Registro Federal de Contribuyentes: | | {rfc} | |
| II.4) Giro o actividad principal de la empresa: | | {giro} |  |
| II.5) Teléfono fijo: | | {telefonoE} | |
| II.6) Redes Sociales: | | {redesSociales} | |
| II.7) Correo electrónico: | | {emailEmpresa} | |
| II.8) Grado académico del Titular : | | {gradoTitular} | |
| II.9) Nombre completo del Titular : | | {nombreTitular} | |
| II.10) Cargo de Titular: | | {responsableE} | |
| II.11) Nombre completo del contacto: | | {nombreContacto} |  |
| II.12) Cargo del contacto: | | {cargoContacto} |  |
| II.11) Teléfono celular del Titular o contacto: | | {telefonoContacto} | |
| II.12) Correo del Titular o contacto: | | {emailContacto} | |
| III) DATOS DEL PROGRAMA | | | |
| II.1) Programa del catálogo publicado en la página oficial del ITSOEH: | | | {programaCatalogo} |
| II.2) Nombre del programa: | | {nombrePrograma} | |

**NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL ESTUDIANTE**