



COORDINACIÓN DE ESTANCIAS PROFESIONALES, SERVICIO SOCIAL Y VIAJES DE PRÁCTICAS ESCOLARES

Formato de solicitud para la prestación de Servicio Social

FECHA: _____
DD MM AAAA

Nombre Del Alumno (A) / Egresado (A):

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Matrícula: _____	Carrera: _____	
Semestre: _____	% De créditos aprobados: _____	
E-Mail: _____		
Teléfono: _____		
Domicilio: _____		
Hablante de lengua indígena	Si No	Nombre de la lengua indígena: _____
¿Tienes algún tipo de discapacidad?	Si No	Nombre del tipo de discapacidad: _____

DATOS DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZARÁ EL SERVICIO SOCIAL

Institución y/o dependencia	_____		
Nombre del Programa o proyecto	_____		
Responsable inmediato	_____	E-mail:	_____
Cargo que ocupa	_____	Área	_____
Domicilio	_____		
Laboral	_____	Estado:	_____
Ciudad o localidad	_____	Tel. Laboral	_____
Dirección de correo electrónico	_____		
Fecha de Inicio	_____	Fecha de Terminación	_____
(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	Duración (meses)	_____
		Horas	_____

VºBº

Vice- Rectoría Académica
Firma , fecha y sello

Jefe (a) de carrera
Firma y nombre

Responsable inmediato
Firma, fecha y sello

Firma del Alumno