**RPGSS02,C**

1. DATOS DE PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL

|  |
| --- |
| Nombre: E-mail:  Sexo: ( ) M ( ) F Tiene alguna discapacidad: ( )NO ( )SI Especifique:  Semestre: Matrícula: Carrera: Tel:  Domicilio: |

II. DATOS DE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA DEL SERVICIO SOCIAL

|  |
| --- |
| Nombre de la Institución:  Ubicación:  Teléfono(s): E-mail: |

III. DATOS DEL PROGRAMA EN EL QUE PARTICIPARÁ EL ALUMNO

|  |
| --- |
| Nombre:  Sector: ( ) Federal ( ) Estatal ( ) Social  ( ) Educación superior ( ) Descentralizado ( ) Privado  Responsable del programa:  Actividades que desarrollará el prestador: |

IV. DATOS DE LA COORDINACIÓN

|  |
| --- |
| Periodo de prestación del al de 20 .  Servicio Social: ( ) Universitario ( ) Pasante  Duración del servicio social: horas.  Se proporcionará estímulo económico: ( ) Si ( ) No |

**Nota: Entregar acuse dentro de los primeros diez días hábiles de su emisión.**

Durango, Dgo., a de del 20 .

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  C. DIRECTOR DE LA U. A.    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  C. PRESTADOR DEL SERVICIO SOCIAL C. RESPONSABLE DEL PROGRAMA |