

**SOLICITUD DE REGISTRO
 DATOS DEL PRESTADOR**

Nombre: TEST TEST TEST Sexo: M (✓) F ()
 Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

Domicilio: MOZARD 149 CAMELINAS MICHOACÁN
 Calle y número Colonia Población

Teléfono: 4435398291 Correo electrónico: ocontreras@unimontre.edu.mx Fecha de nacimiento:

19	12	1991
Día	Mes	Año

Carrera: MULTIMEDIA DIGITAL Año o semestre concluido: SEXTO CUATRIMESTRE

Nombre de la Institución Educativa: UNIVERSIDAD MONTRER

DATOS DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL

Nombre: PROGRAMA GENERAL DE SERVICIO SOCIAL DE UNIVERSIDAD MONTRER

Objetivo: CONTRIBUIR EN LA FORMACION PROFESIONAL DE LOS ESTUDIANTES DEL ESTADO DE MICHOACAN A TRAVES DE LA CREACION DE ESPACIOS QUE LES PERMITAN INTEGRARSE A UN AMBIENTE DE TRABAJO

Actividades que desarrollará el pasante: APOYO EN ACTIVIDADES ACADEMICAS

Periodo de la presentación. INICIO:

22	08	2024
Día	Mes	Año

 TÉRMINO:

22	02	2025
Día	Mes	Año

 Horario: 8:00 A 12:00 HRS.

Horas de duración del programa: 480 Dependencia u organismo: UNIVERSIDAD MONTRER

Unidad administrativa responsable: UNIVERSIDAD MONTRER

Departamento o área: SERVICIO SOCIAL

Domicilio en que prestará el servicio: AV. LAZARO CARDENAS 1760 CHAPULTEPEC SUR MORELIA, MICHOACÁN
 Calle y número Colonia Población

Funcionario responsables del programa y puesto: OSCAR LOPEZ GARCIA

Ayuda económica: Si () No (✓) Otorgada por: _____

Monto de la ayuda económica: _____

 Dirección de Servicio Social

 TEST TEST TEST
 Nombre y firma del prestador

 OSCAR LOPEZ GARCIA
 Responsable del Programa
 (Nombre, firma y sello)

ANEXAR A ESTA HOJA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- Copia de acta de nacimiento vigente no mayor a un año.
- Copia de la CURP vigente.
- Constancia original del año o semestre escolar cursado. No mayor a 3 meses.
- Una fotografía tamaño infantil blanco y negro o a colores, reciente.
- Oficio de aceptación (firmado y sellado por el responsable del programa).
- Carpeta tamaño carta.

Michoacán a ____ de ____ del 20 ____

VINCULACIÓN INTERNA

Dependencia u organismo: _____

Domicilio: _____

Responsable: _____ Firma y sello: _____

NOTA: Cuentas con 15 días hábiles, a partir del inicio de la presentación para el registro del Servicio Social. Recuerda conservar copia de tu documentación, así como resguardar la ficha de registro. **NO SE RECIBEN DOCUMENTOS EN UNA SOLA EXHIBICIÓN, NI EXTEMPORÁNEOS.**



Instituto de la Juventud Michoacana
 GOBIERNO DE MICHOACÁN



Michoacán
 HONESTIDAD Y TRABAJO