



**INSTITUTO TECNOLÓGICO DE TOLUCA DEPARTAMENTO DE GESTIÓN
TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN OFICINA DE SERVICIO SOCIAL Y
DESARROLLO COMUNITARIO FORMATO ÚNICO**

I. DATOS PERSONALES Nombre: DIAZ PLATA MARTIN JONATAN DIAZ PLATA Folio Plática: 109280531 Sexo: M
Fecha: 03/11/1991 Lugar: TOLUCAAAA
CURP: DIPM911103HMCZLR05 IFE: 564312 Clave: 864531654 44
Teléfono casa: 6456 Domicilio: NE. 654 , ZONA CENTRO, AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES
Teléfono celular: C.P.: 20040 Correo electrónico: mjdp31191@hotmail.com

II. ESCOLARIDAD

No. de Control: 09280531 Carrera: SIST Período: ENE-JUN Semestre: 9 TCC: 355 PTCC: 88.8 %

III. COMPROMISO DEL/ DE LA ESTUDIANTE

Con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en la Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional relativo al ejercicio de profesiones, me comprometo a realizar el Servicio Social acatando el reglamento del Sistema Nacional de Educación Superior Tecnológica y llevarlo a cabo en el lugar y períodos manifestados, así como, a participar con mis conocimientos e iniciativa en las actividades que desempeñe, procurando dar una imagen positiva del Instituto Tecnológico de Toluca en la instancia, de no hacerlo así, quedo enterado(a) de la cancelación respectiva, la cual procederá automáticamente.
En la ciudad de Metepec, Estado de México, el día 10 del mes de Enero de 2014 .

Conformidad

Firma del/de la estudiante

IV. DATOS DEL PROGRAMA Programa: CCRM Modalidad: I Instancia: INSTITUTO TECNOLÓGICO DE TOLUCA

Domicilio: AV TECNOLÓGICO, LA VIRGEN, METEPEC, MEXICO C.P.: 52149

Titular: M EN C IRENE CARMONA CHIT

Puesto: DIRECTORA GENERAL

Teléfono: 2087200

Domicilio: AV TECNOLÓGICO, LA VIRGEN, METEPEC, MEXICO

Responsable: DR ISAIAS DE LA ROSA GÓMEZ

Puesto: JEFE DEL LABORATORIO DE INV DE ING AMBIENTAL

Teléfono: 2087200

Actividades: 1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Horario:			
Lun 6:00-7:00	Mar	Mier 6:00-6:00	Juev 6:00-6:00
Vier 6:00-6:00			

Fecha de inicio 10/01/2014

Fecha de terminación _____

Firma del/de la Responsable

Firma del/de la Responsable

V. PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE SERVICIO SOCIAL Y DESARROLLO

Aceptado: () Si () No Motivo: _____

Fecha de recepción

Fecha de recepción

Firma del/de la Responsable

Firma del/de la Responsable