**SOLICITUD DE SERVICIO SOCIAL**

# Departamento de Residencias Profesionales y Servicio Social

**Datos personales**

Nombre completo Sexo Teléfono: Domicilio: Correo electrónico:

# Escolaridad

No. de Control: Carrera: Periodo: Semestre:

# Datos del Programa de Servicio Social

Dependencia Oficial:

Titular de la Dependencia:

Puesto de la Dependencia:

Nombre del Programa:

Modalidad:(interno/externo) Fecha de Inicio: Fecha de Terminación:

Programa de Actividades:

# Tipo de programa

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ( ) Educación para adultos | ( ) Desarrollo de comunidad | ( ) Actividades deportivas |
| ( ) Actividades cívicas | ( ) Actividades culturales | ( ) Medio ambiente |
| ( ) Desarrollo sustentable | ( ) Apoyo a la salud | ( ) Otros |

**Para uso exclusivo de la Oficina de Servicio Social**

Aceptado: SI ( ) NO ( ), Motivo:

Observaciones