



ANEXO XVIII. SOLICITUD DE SERVICIO SOCIAL

DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: _____

SEXO: _____

TELÉFONO: _____ DOMICILIO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

ESCOLARIDAD

N° 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: _____

TIPO DE PROGRAMA

() EDUCACIÓN PARA ADULTOS () DESARROLLO DE COMUNIDAD () ACTIVIDADES DEPORTIVAS

() ACTIVIDADES CÍVICAS () ACTIVIDADES CULTURALES () MEDIO AMBIENTE

() DESARROLLO SUSTENTABLE () APOYO A LA SALUD () OTRO

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE SERVICIO SOCIAL

ACEPTADO(A): SI () NO (), MOTIVO: _____

OBSERVACIONES: _____





COORDINACION DE SERVICIO SOCIAL CARTA COMPROMISO

CON EL FIN DE DAR CUMPLIMIENTO A LO ESTIPULADO EN LA LEY REGLAMENTARIA DEL ARTICULO 5º. CONSTITUCIONAL, RELATIVO AL EJERCICIO DE PROFESIONES, EL O LA SUSCRITO :

NOMBRE DEL ALUMNO(A): _____

NÚMERO DE CONTROL: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO: _____

CARRERA: _____ SEMESTRE: _____

DEPENDENCIA U ORGANISMO: _____

DOMICILIO DE LA DEPENDENCIA: _____

RESPONSABLE DEL PROGRAMA: _____

FECHA DE INICIO: _____ FECHA DE TERMINACIÓN: _____

ME COMPROMETO A REALIZAR EL SERVICIO SOCIAL ACATANDO EL REGLAMENTO EMITIDO POR EL TECNOLÓGICO NACIONAL DE MÉXICO Y LLEVARLO A CABO EN EL LUGAR Y PERIODOS MANIFESTADOS, ASÍ COMO, A PARTICIPAR CON MIS CONOCIMIENTOS E INICIATIVA EN LAS ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑE, PROCURANDO DAR UNA IMAGEN POSITIVA DEL INSTITUTO EN EL ORGANISMO O DEPENDENCIA OFICIAL, DE NO HACERLO ASÍ, QUEDO ENTERADO(A) DE LA CANCELACIÓN RESPECTIVA, LA CUAL PROCEDERÁ AUTOMÁTICAMENTE.

EN LA CIUDAD DE: _____ DÍA _____ MES _____ AÑO _____.

CONFORMIDAD

FIRMA DEL ALUMNO(A)

RAC. 25-08-06
REV. 02





**COORDINACION DE SERVICIO SOCIAL
FORMATO DE ASIGNACION**

I.DATOS PERSONALES :

	NOMBRE		EDAD	SEXO
--	--------	--	------	------

CORREO ELECTRONICO	No. DE CONTROL	No. DE CREDITOS
--------------------	----------------	-----------------

DOM. TEMPORAL:

CALLE	No.	COL.
-------	-----	------

CIUDAD	EDO.	TEL.
--------	------	------

DOM. PERMANENTE :

CALLE	No.	COL.
-------	-----	------

CIUDAD	EDO.	TEL.
--------	------	------

II.DATOS DE LA DEPENDENCIA U ORGANISMO QUE ACEPTA AL PRESENTE.

1.-NOMBRE DE LA DEPENDENCIA U ORGANISMO: _____

DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____

2.-NOMBRE DEL PROGRAMA EN QUE VA A PARTICIPAR : _____

3.-ACTIVIDADES QUE VA A RELIZAR EN SU SERVICIO SOCIAL: _____

4.-OBJETIVO DEL PROGRAMA : _____

5.-FECHA DE INICIO : _____

6.-HORARIO EN QUE VA A PRESTAR SU SERVICIO SOCIAL :

LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES SABADO DOMINGO

7. NOMBRE, DIRECCION, TEL. DEL ENCARGADO(A) O COORDINADOR/COORDINADORA DE LA DEPENDENCIA U ORGANISMO DONDE SE VA A PRESENTAR EL SERVICIO SOCIAL.

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DEL PROGRAMA

RAC. 25-08-05 REV. 02





FORMATO PARA SOLICITAR CARTA DE PRESENTACION

DIRIGIDA A:

DATOS DEL RESPONSABLE DEL PRESTADOR O PRESTADORA DE SERVICIO SOCIAL:

Nombre: _____

Profesión: _____

Puesto: _____

Dependencia: _____

DATOS DEL ALUMNO(A):

Nombre: _____

Nº. de Control: _____

Semestre que cursa: _____

Carrera: _____

Escolarizado

Tec Abierto

Educación a Distancia

