**DEPARTAMENTO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN**

Foto

**SOLICITUD DE SERVICIO SOCIAL**

**DATOS PERSONALES**

 Nombre completo (1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo (2) \_\_ Teléfono: (3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Domicilio: (4) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ESCOLARIDAD**

No. de Control: (5) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Carrera: (6) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo: (7) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Semestre: (8) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS DEL PROGRAMA**

Dependencia Oficial: (9) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titular de la Dependencia: (10) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Puesto ó cargo: (11) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unidad orgánica ó Departamento: (12) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del encargado: (13) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Correo electrónico(14)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Programa: (15) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Modalidad: (16) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Inicio: (17) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Actividades: (18) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tipo de programa: (19)**

( ) Educación para adultos ( ) Desarrollo de comunidad: urbano, suburbano, rural.

( ) Asesoría académica a niños primaria, secundaria o bachillerato de zonas vulnerables de escuelas publicas

( ) Promoción social, cultural o deportiva en la comunidad, especificar comunidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Dependencias de Gobierno ( ) I.T. de Tepic ( ) Instituciones educativas publicas

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE SERVICIO SOCIAL**

ACEPTADO: (20) SI ( ); NO ( ) MOTIVO: (21) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: (22) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(23)

Firma del solicitante

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

|  |  |
| --- | --- |
| **NÚMERO** | **DESCRIPCIÓN****Anotar:** |
| 1 | Nombre completo del alumno interesado en realizar el Servicio Social. |
| 2 | Indicar el sexo: H Hombre M Mujer. |
| 3 | Número de teléfono particular. |
| 4 | Domicilio particular. |
| 5 | Número de control. |
| 6 | Carrera en la cual se encuentra inscrito. |
| 7 | Periodo en el cual está inscrito. |
| 8 | Semestre que se encuentra cursando actualmente. |
| 9 | Nombre y teléfono de la dependencia en la que se pretende realizar el Servicio Social. |
| 10 | Nombre completo del titular de la dependencia. |
| 11 | Nombre del puesto. |
| 12 | Unidad orgánica o departamento de adscripción |
| 13 | Nombre del encargado de la unidad orgánica o departamento |
| 14 | Correo electrónico del encargado. |
| 15 | Nombre del programa. |
| 16 | Modalidad en la que se realizará el Servicio Social (interno ó externo). |
| 17 | Fecha de inicio. |
| 18 | Actividades que se realizarán (utilizar los 4 renglones). |
| 19 | Marcar con una X el tipo de programa en el que le interesa participar. |
| 20 | Indicar si fue aceptado o no. |
| 21 | Motivo por el cual la solicitud fue rechazada. |
| 22 | En caso de existir observaciones, anotarlas. |
| 23 | Firma del solicitante |