CARTA DE ASIGNACIÓN /

(1) PLAN DE TRABAJO DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL ITT-POC-08-04

DATOS DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL

|  |
| --- |
| NOMBRE COMPLETO:\_\_\_\_(2)\_\_\_\_\_\_ \_ \_\_EDAD: \_\_\_(3)\_\_\_\_\_\_\_SEXO: (4) F M  DIRECCION:\_\_\_\_\_\_(5)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TEL:\_\_(6)\_\_\_\_\_\_\_    CALLE Y NUMERO COLONIA CIUDAD Y ESTADO    CARRERA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_(7)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEMESTRE: \_(8)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No. DE CONTROL: \_\_\_\_\_\_(9)\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_No. DE CREDITOS CUBIERTOS\_\_(10)\_\_\_\_ |
|  |

DATOS DEL PROGRAMA

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE (11) | OBJETIVO: (12) |
| ACTIVIDADES A DESARROLLAR (Preguntar al responsable del programa acerca de las actividades que realizará y use el espacio necesario para describir adecuadamente, no se limite): (13)  1.-  2.-  3.-  4.-   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | HORARIO (14) | | | | | | | | Total horas/semana | | Día | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado | Domingo |  | | Hora |  |  |  |  |  |  |  |  | | PERIODO DE REALIZACIÓN (MESES) | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| EL SERVICIO SOCIAL LO REALIZARA DENTRO DE LAS INSTALACIONES DE LA DEPENDENCIA:  SI NO (15)  DONDE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(16) | |

Nombre del Responsable del programa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(17)\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_(17)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jefe de la Oficina Serv. Social del I.T.T . \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(18)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(18)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA d/m/a (19)

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA CARTA DE ASIGNACIÓN/** **PLAN DE TRABAJO DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**

OBJETIVO. Recabar información específica sobre la ubicación física, actividades a desarrollar, horario y días de servicio social del prestador con el fin de mantener la comunicación directa con él y con la dependencia.

INSTRUCCIONES. El número del apartado en el instructivo corresponde al que aparece entre paréntesis en el formato SS4

DATOS DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL:

|  |  |
| --- | --- |
| NO. | DESCRIPCIÓN |
| 1 | En el margen superior izquierdo aparecerá el logotipo de la Secretaría de Educación Pública, seguido del nombre del instituto tecnológico con la grafía oficial establecida por la Subsecretaría de Educación e Investigación Tecnológicas para cada instituto tecnológico. |
| 2 | El nombre completo del prestador, iniciando por el apellido paterno, materno y nombre (s) |
| 3 | Escribir con dígitos la edad del prestador |
| 4 | Marcar con una “X” en el cuadro correspondiente el sexo del prestador |
| 5 | Escribir el domicilio, éste deberá incluir calle, número, colonia, ciudad y estado |
| 6 | El número telefónico donde se pueda localizar al prestador |
| 7 | Escribir el nombre completo de la carrera que cursa |
| 8 | Semestre que cursa el prestador, para el caso de que éste haya concluido sus estudios, anotar la palabra egresado |
| 9 | Escribir el número de control del prestador |
| 10 | Indicar el número de créditos cubiertos |
| 11 | Nombre del programa de servicio que desarrollará en la dependencia u organismo |
| 12 | Indicar el objetivo del programa de servicio social a desarrollar en la dependencia u organismo |
| 13 | Solicitar al responsable del programa la descripción de las actividades que realizará y enlistarlas en este campo, clara y lo más amplio posible. No se limite en el uso del espacio; este formato puede estar en dos o tres hojas. |
| 14 | Indicar el horario en que realizará su servicio social y el período efectivo de realización indicando los meses, por ejemplo: Julio, Agosto, Septiembre . . . |
| 15 | Marcar con una “X” en el cuadro correspondiente si el prestador realizará sus actividades dentro o fuera de las instalaciones de la dependencia |
| 16 | En caso de que no realice sus actividades de servicio social dentro de las instalaciones de la dependencia, anotar el lugar en donde las realizará |
| 17 | El nombre del responsable del programa en la Institución y firma |
| 18 | Nombre del Jefe de la Oficina del Servicio Social y firma |
| 19 | Indicar la fecha con dígitos (día, mes, año) |