**SECRETARÍA DE EDUCACIÓN**

SUBSECRETARÍA DE EDUCACIÓN SUPERIOR Y NORMAL

TECNOLÓGICO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE CUAUTITLÁN IZCALLI

**DIRECCIÓN ACADÉMICA**

**ÁREA DE SERVICIO SOCIAL**

## FORMATO SOLICITUD DE SERVICIO SOCIAL FO-205P11000-05

CUAUTITLÁN IZCALLI, ESTADO DE MÉXICO A \_\_(1)\_\_\_\_\_ DE \_\_ \_ DEL \_\_\_\_\_ .

(2)

### DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: (3) SEXO: (4) \_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

TELÉFONO: (5) DOMICILIO PARTICULAR: \_(6)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELÉFONO CELULAR: (7) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-MAIL: (8) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### ESCOLARIDAD

No. DE CONTROL: (9) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CARRERA: (10)

PERIODO: (11) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEMESTRE: \_ (12) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### DATOS DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL

DEPENDENCIA OFICIAL: \_ (13) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TITULAR DE LA DEPENDENCIA: \_ (14) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PUESTO DE LA DEPENDENCIA: (15) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROGRAMA: (16) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MODALIDAD: \_(17)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA DE INICIO: \_ (18) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA DE TÉRMINO: \_ (19) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROGRAMA DE ACTIVIDADES: \_ (20) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TIPO DE PROGRAMA: (21)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ()EDUCACIÓN PARA ADULTOS | ()DESARROLLO DE COMUNIDAD | () ACTIVIDADES |
| () ACTIVIDADES CÍVICAS | () ACTIVIDADES CULTURALES | () MEDIO AMBIENTE |
| () DESARROLLO SUSTENTABLE | () APOYO A LA SALUD | () OTROS |

FIRMA DEL ESTUDIANTE (22)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO DE: SOLICITUD DE SERVICIO SOCIAL FO-205P11000-05 | | |
| OBJETIVO: REGISTRAR LOS DATOS DEL ESTUDIANTE QUE PRESTARA SERVICIO SOCIAL | | |
| DISTRIBUCIÓN Y DESTINATARIO: SE GENERA EL ORIGINAL, ES LLENADA POR EL SOLICITANTE Y LA ARCHIVA EL ÁREA DE SERVICIO SOCIAL | | |
| No. | CONCEPTO | DESCRIPCIÓN |
| 1 | ESTADO DE MÉXICO A | ANOTAR EL DÍA MES Y AÑO EN QUE SE LLENA EL FORMATO |
| 2 | FOTOGRAFÍA | COLOCAR LA FOTO DEL ESTUDIANTE |
| 3 | NOMBRE DEL ESTUDIANTE | ESCRIBIR EL NOMBRE COMPLETO DEL ESTUDIANTE |
| 4 | SEXO | INDICAR AL SEXO QUE PERTENECE EL ESTUDIANTE |
| 5 | TELÉFONO PARTICULAR | ASENTAR EL NÚMERO TELEFÓNICO DE CASA |
| 6 | DOMICILIO PARTICULAR | APUNTAR EL DOMICILIO DEL ESTUDIANTE |
| 7 | TELÉFONO CELULAR | ASENTAR EL NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR |
| 8 | E- MAIL | ESCRIBIR LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO |
| 9 | Nº DE CONTROL | PLASMAR EL Nº DE CONTROL DEL ESTUDIANTE |
| 10 | CARRERA | INDICAR A QUE CARRERA PERTENECE |
| 11 | PERÍODO | INDICAR EN QUE CICLO EN QUE INICIA EL SERVICIO SOCIAL EL ESTUDIANTE |
| 12 | SEMESTRE | ANOTAR EL SEMESTRE QUE CURSA |
| 13 | DEPENDENCIA OFICIAL | PLASMAR EL NOMBRE DE LA DEPENDENCIA DONDE SE REALIZARÁ SERVICIO SOCIAL |
| 14 | TITULAR DE LA DEPENDENCIA | ESCRIBIR EL NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE EN LA DEPENDENCIA |
| 15 | PUESTO DE LA DEPENDENCIA | ESCRIBIR EL CARGO QUE TIENE EL RESPONSABLE DE LA DEPENDENCIA |
| 16 | NOMBRE DEL PROGRAMA | ESPECIFICAR EL NOMBRE DEL PROYECTO EN EL QUE SE PARTICIPARA |
| 17 | MODALIDAD | INDICAR A QUE MODALIDAD PERTENECE EL ESTUDIANTE ( PLAN DE ESTUDIOS 2009-2010, PLAN DE ESTUDIOS 2004 |
| 18 | FECHA DE INICIO | ANOTAR LA FECHA DE INICIO DEL PROYECTO |
| 19 | FECHA DE TÉRMINO | APUNTAR LA FECHA DE TÉRMINO DEL PROYECTO |
| 20 | PROGRAMA DE ACTIVIDADES | INDICAR BREVEMENTE LAS ACTIVIDADES QUE SE REALIZARAN DENTRO DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL |
| 21 | TIPO DE PROGRAMA | MARCAR CON UNA “X” EL TIPO DE PROGRAMA AL QUE PERTENECERÁ |
| 22 | FIRMA DEL ESTUDIANTE | PLASMAR LA FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL |