**SOLICITUD DE (ÉL/ LA) PRESTANTE DEL SERVICIO SOCIAL**

|  |
| --- |
| **DATOS DE (EL/LA) ALUMNO (A)** |
| **Nombre completo:**  |  |  |  |
|  |
| **Carrera:** |  | **Sexo:** |  | **Período:** |  |
|  |
| **No. de Ctrl.** |  | **Semestre:** |  | **No. de créditos:** |  |
|  |
| **DATOS DE LA DEPENDENCIA**  |
| **Nombre de la dependencia:** |   |
|  |
| **Dirección:** |  | **Teléfono:**  |  |
|  |
| **Nombre del Programa:** |  |
|  |
| **Objetivo del Programa:** |  |
|  |
|  |
| **Fecha de Inicio:** |  | **Fecha de Termino:** |  | **Modalidad:** | **Individual** |  | **Brigada** |  |
|  |  |  |  |
| **Tipo de Actividades**  |
| **( )** | Desarrollo de las comunidades | **( )** | Asesoría y Consultoría | **( )** | Promoción Social, Cultural, Deportiva, Cívica y Valores | **( )** | Alfabetización  |
| **( )** | Asistencia Técnica | **( )** | Administración | **( )** | Docencia | Otros: |  |
| **( )** | Planeación |  **)** | Organización | **( )** | Investigación  |

|  |
| --- |
| **Cronograma de Actividades**  |
| **Actividades** | **Meses**  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Huatusco, Ver. A 20 **)**  |
| **Nombre y Firma de (el/la) prestante** |
|  |
| **Titular de la Dependencia** | **Responsable Directo(a) del Programa** | **Responsable de Residencias Profesionales y Servicio Social** |

Dom. Av. 25 Poniente No. 100 Col. Reserva Territorial

C.P. 94100, Huatusco, Ver. Tel: 01-273-73-4-40-00, 01 800 836-3307

E-mail: serviciosocial@itshuatusco.edu.mx