



SOLICITUD-REGISTRO DE SERVICIO SOCIAL

No. De Registro: _____

I. DATOS DEL PRESTADOR

Nombre Completo: _____

Edad: _____ años APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)
Sexo: M () F () Teléfono: _____

Domicilio: _____ Colonia: _____

Municipio: _____ Matrícula: _____

Correo Electrónico: _____ Porcentaje cubierto: _____

Licenciatura: _____ Semestre: _____ Promedio: _____

II. DATOS DE LA ENTIDAD RECEPTORA

Nombre de la Entidad: _____

Federal Estatal Municipal O.N.G I.E. I.P.

Domicilio: _____ Colonia: _____

Mun/Del.: _____ Teléfono: _____

Nombre del Responsable: _____

Proyecto o Programa: _____

Cargo: _____ Total de horas que debe cubrir: 480 Horas

Correo Electrónico o Página Web de la Entidad: _____

Fecha de Inicio del SS: _____ Fecha de Terminación del SS: _____

Horas y días de la semana: Lunes a Viernes Entrada: _____ Salida: _____

Otros: _____

Nombre, firma y sello de la Entidad Receptora

Nombre y Firma de PSS

Director Escolar del Centro Universitario
Tlacaélel

Responsable de Servicio Social