|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FORMATO DE SOLICITUD DE SERVICIO SOCIAL** | | |
| **DEL ALUMNO** | | |
| **NOMBRE COMPLETO Y MATRICULA** |  | |
| **DIRECCIÓN ACTUAL (CALLE, NUMERO, MUNICIPIO Y ESTADO)** |  | |
| **CÓDIGO POSTAL** |  | |
| **TELÉFONO ACTUAL**  **(DE CASA O CELULAR)** |  | |
| **CORREO ELECTRÓNICO ACTUAL** |  | |
| **LICENCIATURA** |  | |
| **CUATRIMESTRE Y AVANCE CURRICULAR** |  | |
| **CURP** |  | |
| **VALIDACIÓN DE DOCUMENTACIÓN COMPLETA EN CONTROL ESCOLAR** | | **VALIDACIÓN DE NO ADEUDOS EN CAJA** |
| **INSTITUCIÓN EN DONDE SE REALIZARA EL SERVICIO SOCIAL** | | |
| **GRADO ACADÉMICO (LIC./MTRO./DR.) Y NOMBRE DEL RESPONSABLE** |  | |
| **CARGO DEL RESPONSABLE** |  | |
| **NOMBRE DE LA INSTITUCION** |  | |
| **DIRECCIÓN ACTUAL (CALLE, NUMERO, MUNICIPIO Y ESTADO)** |  | |
| **CÓDIGO POSTAL** |  | |
| **TELEFONO ACTUAL (LOCAL)** |  | |
| **PERIODO DE SERVICIO SOCIAL**  **DIA / MES / AÑO** |  | |
| **ÁREA DE ASIGNACIÓN** |  | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE Y FIRMA**  **DEL ALUMNO** | | |