**SOLICITUD DE SERVICIO SOCIAL**

Foto del

Alumno

 Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Plantel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Clave:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **DATOS DEL ALUMNO** |
|  |  |  |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre (s) |
|  |  |
| Semestre | Especialidad |
|  |  |  |
| No. de Control Escolar | Turno | Teléfono |
|  |
| Domicilio |
| **DATOS DE LA EMPRESA O INSTITUCIÓN** |
|  |
| Nombre de Empresa o Dependencia |
|  |
| Domicilio / Ubicación |
|  |  |
| Responsable de la Empresa o Dependencia | Departamento |
|  |  |
| Nombre de la Actividad Realizada | Teléfono |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL INTERESADO

C.c.p.- Interesado

|  |
| --- |
| **DATOS DEL ALUMNO** |
|  |  |  |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre (s) |
|  |  |  |
| No. de Plantel | Turno | Semestre |
|  |  |
| Especialidad | No. de Control Escolar |
| **DATOS DE LA EMPRESA O INSTITUCIÓN** |
|  |
| Nombre de Empresa o Dependencia |
|  |
| Domicilio / Ubicación |
|  |  |
| Responsable de la Empresa o Dependencia | Departamento |
|  |  |
| Nombre de la Actividad Realizada | Giro |
| **DATOS DEL INFORME BIMESTRAL** |
|  |  |
| Informe No. | Fecha del Período del Informe |
|  |  |
| Horas Laboradas | Días en los que presta el Servicio Social |

 **INFORME BIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL**

Nota: Informe de Actividades desarrolladas al reverso.

|  |
| --- |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

Vo. Bo. DE LA INSTITUCIÓN

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO

C.c.p.Interesado.

**INFORME FINAL DE SERVICIO SOCIAL**

|  |
| --- |
| **DATOS DEL ALUMNO** |
|  |  |  |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre (s) |
|  |  |  |
| No. de Plantel | Especialidad | Semestre |
|  |  |
| No. de Control Escolar | Periodo de prestación del Servicio Social |
| **DATOS DE LA EMPRESA O INSTITUCIÓN** |
|  |
| Nombre de Empresa o Dependencia |
|  |
| Responsable de la Empresa o Dependencia |
|  |
| Nombre del Programa |
| **ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**EXPERIENCIAS ADQUIRIDAS**

|  |
| --- |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

Vo. Bo. DE LA INSTITUCIÓN

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO

C.c.p.Interesado.