

**Universidad de la Costa**

**Santiago Pinotepa Nacional**

**O A X A C A**

**SOLICITUD DE SERVICIO SOCIAL**

FECHA.

 DD MM AAAA

NOMBRE DEL ALUMNO(A).

A. Paterno A. Materno Nombre(s)

CARRERA. SEMESTRE.

MATRÍCULA. CURP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOMICILIO. \_\_\_\_

E-MAIL. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELÉFONO. \_\_\_\_

**DATOS DE LA INSTITUCIÓN DONDE REALIZARÁ EL SERVICIO SOCIAL**

INSTITUCIÓN Y/O DEPENDENCIA. \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_

ÁREA O DEPARTAMENTO. \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROGRAMA O PROYECTO. \_\_\_\_\_

RESPONSABLE INMEDIATO. CARGO QUE OCUPA. DIRECCIÓN.

CIUDAD O LOCALIDAD.

ESTADO. TELÉFONO.

DURACIÓN: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** MESES HORAS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HORARIO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA INICIO. FECHA TÉRMINO.

 DD MM AAAA DD MM AAAA

FIRMA Y NOMBRE DEL ALUMNO (A) FIRMA Y NOMBRE DEL RESPONSABLE INMEDIATO. FECHA Y SELLO

 **LIC. ISABEL QUINTAS ELORZA**

FIRMA Y NOMBRE DEL JEFE(A) DE CARRERA

FIRMA Y NOMBRE DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESCOLARES

FECHA Y SELLO