



Solicitud de Registro
Datos del Prestador

FOTO

Nombre: _____ Sexo: M () F ()
Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

Domicilio: _____
Calle y número Colonia Población

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____ Fecha Nacimiento:
Día mes Año

Carrera: _____ semestre concluido: _____

Nombre de la institución educativa: _____

Datos del Programa de Servicio Social

Nombre: _____

Objetivo _____

Actividades que desarrollara el pasante: _____

Periodo de la prestación. Inicio Término:

Horas de duración del programa: 480 horas

Dependencia u organismo _____

Unidad administrativa responsable: _____

Departamento o área: _____

Domicilio en que prestará el servicio: _____
Calle y número Colonia Población

Funcionario responsable del programa y puesto: _____

Ayuda económica Si () No () Otorgada por: _____

Monto de la ayuda económica: _____

Jefe del Depto. de Vinculación y Extensión

(Nombre y firma del alumno (a))

Responsable del Programa
(Nombre, firma y sello)

Pátzcuaro, Mich; a de del 20__ .

Documentación requerida:

- Copia acta nacimiento
- Copia de la CURP
- Constancia de estudios original del año o semestre escolar cursado.
- Una fotografía tamaño infantil.
- Oficio de aceptación (firmado y sellado por el responsable del programa).

