

**SOLICITUD SERVICIO SOCIAL INGENIERÍAS**

Amozoc de Mota, Puebla, _____ del 20 _____

Datos del alumno:

NOMBRE(S) Y APELLIDO(S): _____

MATRICULA _____

CARRERA: _____

Visto Bueno de:

Departamento de Vinculación

Nombre Completo: _____

Firma: _____

Sello: _____

Sede en donde llevará a cabo el Servicio Social

Nombre de la sede: _____

Nombre completo del responsable : _____

Puesto: _____

Firma _____

Sello: _____

Nota: En caso de faltar alguna firma o incurrir en omisión de datos, no se tomará como valido el Servicio Social.

INSTRUCTIVO DEL LLENADO

| Campo | Concepto | Llenado de campo | Responsable |
|--------------|--|--|--|
| 1 | Fecha | Insertar fecha con día mes y año | Alumno o Alumna |
| 2 | Marca con una X el espacio que corresponda | Marcar una opción | |
| 3 | Nombre | Nombre completo | |
| 4 | Matrícula | Es necesario anotar el número de matrícula | |
| 5 | Carrera | Anotar Programa Académico | |
| 6 | Servicio Médico Nombre | Insertar nombre completo | Atención médica |
| 7 | Servicio Médico | Insertar firma | |
| 8 | Servicios Escolares Nombre | Insertar nombre completo | Departamento de Servicios Escolares |
| 9 | Servicios Escolares Firma | Insertar firma | |
| 10 | Profesor(a) de Tiempo Completo Nombre | Insertar nombre completo | Profesor(a) de Tiempo Completo |
| 11 | Profesor(a) de Tiempo Completo Firma | Insertar firma | |
| 12 | Sello de Vinculación | Insertar sello | Departamento de Vinculación |