

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
|  | <b>Nombre del documento:</b><br>Solicitud de Servicio Social   | <b>Código:</b><br>ITSSMT-VI-NOR-01-FO-01 |  |
|   | <b>Referencia del Documento:</b><br>Lineamiento para la Operación y Cumplimiento para el Servicio Social | <b>Revisión:</b> 2<br><br>Página 1 de 1  |   |

**DEPARTAMENTO DE RESIDENCIAS PROFESIONALES Y  
SERVICIO SOCIAL**

**DATOS PERSONALES**

|                  |           |                |  |
|------------------|-----------|----------------|--|
| Nombre completo: |           | Fecha:         |  |
| Sexo:            | Teléfono: | Correo @Gmail: |  |
| Domicilio:       |           |                |  |

**ESCOLARIDAD**

|  |           |
|--|-----------|
| No. de Control:                          | Carrera:  |
| Período: <b>agosto - diciembre -2024</b> | Semestre: |

**DATOS DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL**

|   |  |
|---|--|
| Dependencia Oficial:                    |  |
| Domicilio de Dependencia                |  |
| Calle y No. exterior                    | Colonia o Localidad Municipio y Estado   |
| Titular de la Dependencia:              |  |
| Puesto del Titular de la Dependencia:   |  |
| Nombre del/la Encargado/a del Programa: |  |
| Cargo del/la Encargado/a del Programa:  |  |
| Nombre del Programa:                    |  |
| Modalidad:                              | Fecha de Inicio: <b>17 de sep de 2024</b> Fecha de Terminación: <b>17 de marzo de 2025</b> |

**Programa de Actividades:**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Tipo de programa:**

(22)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Educación para Adultos | <input type="checkbox"/> Desarrollo de Comunidad | <input type="checkbox"/> Actividades Deportivas |
| <input type="checkbox"/> Actividades Cívicas    | <input type="checkbox"/> Actividades Culturales  | <input type="checkbox"/> Medio Ambiente         |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo Sustentable | <input type="checkbox"/> Apoyo a la Salud        | <input type="checkbox"/> Otros                  |

**Para uso Exclusivo del Departamento de Residencias Profesionales y Servicio Social**

ACEPTADO/A: (23) SI ( ) ; NO ( ) MOTIVO: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL/DE LA ESTUDIANTE

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
|  | <b>Nombre del documento:</b><br>Solicitud de Servicio Social   | <b>Código:</b><br>ITSSMT-VI-NOR-01-FO-01 |  |
|   | <b>Referencia del Documento:</b><br>Lineamiento para la Operación y Cumplimiento para el Servicio Social | <b>Revisión:</b> 2<br><br>Página 2 de 1  |   |

### INSTRUCTIVO DE LLENADO

| Número | Descripción  |
|--------|--|
| 1      | Escribir el nombre completo del/la estudiante interesado/a en realizar el Servicio Social. |
| 2      | Escribir la fecha en que se entrega la solicitud.  |
| 3      | Indicar el sexo: H Hombre M Mujer.   |
| 4      | Anotar el número de teléfono particular.   |
| 5      | Anotar su correo   |
| 6      | Anotar el domicilio particular completo  |
| 7      | Anotar el número de Control.   |
| 8      | Anotar la carrera en la cual se encuentra inscrito/a.                                      |
| 9      | Anotar el período en que cursara el Servicio Social.                                       |
| 10     | Anotar el semestre que se encuentra cursando actualmente.                                  |
| 11     | Anotar el nombre de la dependencia en la que se pretende realizar el Servicio Social       |
| 12     | Anotar dirección de la dependencia.  |
| 13     | Anotar el nombre completo del titular de la dependencia.                                   |
| 14     | Anotar el nombre del puesto del titular.   |
| 15     | Anotar el nombre del/la encargado/a del programa   |
| 16     | Anotar el cargo del/la encargado/a del programa  |
| 17     | Anotar el nombre programa.   |
| 18     | Anotar la modalidad en la que se realiza el Servicio Social (Interno o Externo)            |
| 19     | Anotar la fecha de Inicio.   |
| 20     | Anotar la fecha de Terminación.  |
| 21     | Anotar las actividades que se realizaran.  |
| 22     | Marcar con una X el tipo de programa en el que le interesa participar.                     |
| 23     | Anotar si fue aceptado/a o no. (DRPySS)  |
| 24     | Anotar el motivo por el cual la solicitud fue rechazada. (DRPySS)                          |
| 25     | En caso de que haya observaciones anotarlas. (DRPySS)                                      |
| 26     | Firma del/la Interesado/a  |