

## INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE CAJEME

### SOLICITUD DE PRESTACIÓN DE SERVICIO SOCIAL

F01PSA11.04

Fecha de Entrega \_\_\_\_\_

#### I. DATOS DEL PRESTADOR

| NOMBRE  | MATRICULA | CARRERA   |
|---|-----------|-----------|
| 1. DOMICILIO _____  |           |           |
| Calle y número  | Colonia   | Población |
| 2. ¿Trabaja? SI _____ No _____ ¿EN DONDE? _____   |           |           |
| 3. ¿TIENES HORAS DE SERVICIO SOCIAL ACREDITADAS EN ALGÚN PROGRAMA? SI _____ NO _____ Cuantas? _____ |           |           |
| 4. NÚMERO DE CREDITOS ACADÉMICOS APROBADOS: _____   |           |           |
| 5. SEÑALE LOS REQUISITOS QUE HA CUBIERTO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL:                    |           |           |
| a) Asistencia a la plática de inducción al servicio social  |           | _____     |
| b) Servicio Médico: - Seguro Facultativo  |           | _____     |

#### II. DATOS DEL PROGRAMA

1. Nombre del programa: \_\_\_\_\_
2. Institución u organismo: \_\_\_\_\_
3. Departamento: \_\_\_\_\_
4. Responsable (nombre y puesto) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_
5. Supervisor (nombre y puesto) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_
6. Tipo de organismo: Público \_\_\_\_\_ Privado \_\_\_\_\_ Social \_\_\_\_\_

#### III. CONDICIONES DE DESARROLLO DE SERVICIO SOCIAL

1. El servicio será: a) Sin remuneración      b) Con beca      c) Con ayuda económica      4) Con viáticos
2. El servicio social se realizará dentro del organismo, ubicado en:

| Calle y número   | Colonia | Ciudad | Teléfono |
|--|---------|--------|----------|
| Fuera del organismo en: _____  |         |        |          |
| 3. Horario: _____  |         |        |          |
| 4. Período del _____ al _____ del _____                              |         |        |          |
| Nota: el período no debe ser menor a seis meses ni mayor a dos años. |         |        |          |
| 5. Horas a realizar por semana (máximo 20) _____                     |         |        |          |
| 6. Actividades: _____  |         |        |          |

#### IV. ACEPTACIÓN DEL COMPROMISO

ACEPTACIÓN DEL ORGANISMO

AUTORIZACIÓN DE ITESCA

\_\_\_\_\_  
RESPONSABLE DEL PROGRAMA  
(FIRMA Y SELLO)

\_\_\_\_\_  
PRESTADOR

\_\_\_\_\_  
OFICINA DE SERVICIOS  
ESTUDIANTILES