

Folio: _____

México, D.F. a _____ de _____ de _____

DATOS DEL ALUMNO O EGRESADO:

Nombre: _____

Licenciatura _____ Matrícula: _____ % créditos cubiertos: _____

Dirección: _____

Calle Num. Int Num. Ext Colonia
Delegación/ Municipio: _____ Entidad Federativa: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Indicar el tipo y número de afiliación del Seguro Médico: FACULTATIVO _____ OTRO _____

Cuentas con Beca PRONABES SI NO

DATOS DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE EFECTUARÁ EL SERVICIO SOCIAL:

Institución: _____

Dirección: _____

Calle Num. Int Num. Ext Colonia
Delegación/ Municipio: _____ Entidad Federativa: _____ Teléfonos: _____

DATOS DE PROYECTO DEL SERVICIO SOCIAL

Nombre: _____

Clave de Aprobación: _____

Grado académico, nombre y cargo de la persona a quien se dirige la Carta de presentación :

Correo Electrónico: _____

Puesto desempeñado* : _____

Periodo de prestación del servicio social (6 meses):

Del _____ de _____ de _____ al _____ de _____ de _____

Firma del Alumno o Egresado: _____

SECCIÓN PARA USO EXCLUSIVO DE LA COORDINACIÓN DIVISIONAL DE SERVICIO SOCIAL

INICIO

Revisado

Firma y sello

TERMINACIÓN **

Firma y sello

Vo.Bo.
Coordinación de Servicio Social

* En caso de ser trabajador de la Federación o del gobierno del Distrito Federal.

** Recuerda acudir a nuestra oficina 2 semanas antes de concluir tu servicio social para recibir indicaciones sobre el trámite final.