

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.