



**SOLICITUD DE SERVICIO SOCIAL**

Boca del Río, Ver., a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2024.

**1. DATOS PERSONALES DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_  
Apellido paterno                      Apellido materno                      Nombre (s)

Fecha de Nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_ años Sexo: M ( ) F ( ) Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle y Número                      Colonia o Fracc.                      C.P.                      Municipio                      Entidad Federativa

**2. DATOS DE ESCOLARIDAD**

Especialidad: \_\_\_\_\_ Número de control: \_\_\_\_\_

Semestre: 6° ( ) egresado ( ) Grupo: A ( ) B ( ) Turno: Mat ( ) Ves ( ) Generación: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**3. DATOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIO SOCIAL**

Horas de Servicio Social por cubrir: 480 horas

Periodo de servicio social: Fecha de inicio: 01 / marzo / 2024 a Fecha de término: 31 / agosto / 2024

Institución en la cual realizará el servicio social: \_\_\_\_\_

Domicilio de la Institución: \_\_\_\_\_  
Calle y Número                      Colonia o Fracc.                      C.P.                      Municipio                      Entidad Federativa

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del responsable quien firmará el convenio: \_\_\_\_\_

Cargo del responsable quien firmará el convenio: \_\_\_\_\_

Fecha de fundación de la institución: \_\_\_\_\_

Área en la que realizará el servicio social: \_\_\_\_\_

Nombre del responsable del área para servicio social: \_\_\_\_\_

Cargo del responsable del área para servicio social: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del alumno solicitante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del padre o tutor

Sello de la institución

