

**DEPARTAMENTO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN**

**SOLICITUD DE SERVICIO SOCIAL**

**FORMATO DE REGISTRO PARA INICIAR TRÁMITE DE SERVICIO SOCIAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS PERSONALES** | |
| **Nombre Completo:** | |
| **Género:** | **Teléfono:** |
| **Correo electrónico:** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Núm. De control:** | **Carrera:** |
| **Periodo:** | **Semestre:** |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA DEPENDENCIA** |
| **Dependencia Oficial**: |
| **Domicilio:** |
| **Nombre del Programa:** |
| **Servicios que presta la Dependencia:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA A QUIEN SE DIRIGE LA CARTA DE PRESENTACIÓN** | |
| **Titular:** | |
| **Puesto:** | |
| **Teléfono:** | **Correo electrónico***:* |

nOTA: uNA VEZ QUE SEA ACEPTADO Y CONOZCA LA INFORMACIÓN DEL PROGRAMA, FECHAS DE INICIO Y TERMINO, FAVOR DE CAPTURAR LA INFORMACIÓN EN MINDBOX EN EL APARTADO DE VINCULACIÓN.