

**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.