**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DEL SUR DEL ESTADO DE YUCATÁN**

**DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL Y RESIDENCIA PROFESIONAL**

**SOLICITUD DE SERVICIO SOCIAL**

### Datos personales

Nombre completo Sexo Teléfono: Domicilio: Correo electrónico:

### Escolaridad

No. de Control: Carrera: Periodo: Semestre:

### Datos del Programa de Servicio Social

Dependencia Oficial: Titular de la Dependencia: Puesto: Nombre del Programa: Modalidad:(interno/externo) Fecha de Inicio: Fecha de Terminación: Programa de Actividades:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Tipo de programa

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ( ) Educación para adultos | ( ) Desarrollo de comunidad | ( ) Actividades deportivas |
| ( ) Actividades cívicas | ( ) Actividades culturales | ( ) Medio ambiente |
| ( ) Desarrollo sustentable | ( ) Apoyo a la salud | ( ) Otros |

**Para uso exclusivo de la Oficina de Servicio Social**

Aceptado: SI ( ) NO ( ) Motivo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Observaciones: