



UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA DEL ESTADO DE SINALOA

Organismo Público Descentralizado del Gobierno del Estado



UNIDAD CULIACÁN SOLICITUD DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL

FSS-1

Número consecutivo _____

_____, Sinaloa, ____ de _____ de _____

El(la) suscrito(a): _____, solicito autorización para la prestación de mi servicio social.

1. DATOS PERSONALES.

Edad: _____ Sexo H () M ()

Domicilio: Calle: _____, Número: _____, Colonia: _____

Ciudad: _____ Municipio: _____

Teléfono casa: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

Número de Seguridad Social: _____

2. ESCOLARIDAD

Licenciatura: _____ Generación: _____

Semestre: _____ Grupo: _____ Turno: _____ Matrícula: _____

3. DATOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIO SOCIAL:

Deseo prestar mi servicio social en la siguiente institución receptora:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> APAC CULIACÁN I.A.P. | <input type="checkbox"/> INSTITUTO MUNICIPAL DE LA JUVENTUD |
| <input type="checkbox"/> CENTRO DE AUTISMO SINALOA | <input type="checkbox"/> ISEJA |
| <input type="checkbox"/> CREE DIF SINALOA | <input type="checkbox"/> ESTRELLA GUÍA I.A.P. |
| <input type="checkbox"/> CIDIS DIF SINALOA | <input type="checkbox"/> MALALA ACADEMIA I.A.P. |
| <input type="checkbox"/> CENTRO DE ATENCIÓN INFANTIL "CAI" | <input type="checkbox"/> CCAPI |
| <input type="checkbox"/> DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN MUNICIPAL | <input type="checkbox"/> SEMUJERES |
| <input type="checkbox"/> SUMA SOCIEDAD UNIDA I.A.P. | <input type="checkbox"/> PARQUES ALEGRES I.A.P. |
| <input type="checkbox"/> INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL | <input type="checkbox"/> SEPyc |

4. () PROGRAMA INTERNO: _____

5. () PROGRAMA EXTERNO: _____

Firma del (la) alumno (a)

Lcda. AnaKaren Espinoza Ontiveros
Coordinador del Servicio Social

Profra. Maira Lorena Zazueta Corrales
Directora