



UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA DEL ESTADO DE SINALOA

Organismo Público Descentralizado del Gobierno del Estado



UNIDAD LOS MOCHIS 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"/> ACADEMIA MALALA LOS MOCHIS | <input type="checkbox"/> ISEJA |
| <input type="checkbox"/> AULAS HOSPITALARIAS | <input type="checkbox"/> IMCA, MUSEO INTERACTIVO TRAPICHE Y CIE |
| <input type="checkbox"/> AUTISMO MOCHIS IAP | <input type="checkbox"/> MUSEO REGIONAL DEL VALLE DEL FUERTE |
| <input type="checkbox"/> CASA HOGAR SANTA EDUWIGES | <input type="checkbox"/> PASO FIRME IAP |
| <input type="checkbox"/> COBAES 02 | <input type="checkbox"/> PATRONATO PRO-EDUCACIÓN DE AHOME A.C. |
| <input type="checkbox"/> CONALEP MOCHIS, COL. ESTRELLA | <input type="checkbox"/> PAJ, ORATORIO DON BOSCO |
| <input type="checkbox"/> CONALEP MOCHIS II, LAS CANTERAS | <input type="checkbox"/> REEDIFICANDO LA CASA A.C. |
| <input type="checkbox"/> DIF, PANNASIR | <input type="checkbox"/> SEPYC, EDUCACIÓN BÁSICA |
| <input type="checkbox"/> DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN MPIO. AHOME | <input type="checkbox"/> SAVE THE CHILDREN |
| <input type="checkbox"/> FUNDACIÓN PERLA RAMOS A.C. | <input type="checkbox"/> UPES, VINCULACIÓN, SERVICIOS ESCOLARES Y CAE |
| <input type="checkbox"/> INSTITUTO MUNICIPAL DE LA JUVENTUD | <input type="checkbox"/> USAER |

4. EN CASO DE SEPyC, nombrar nivel e institución: _____

5. EN CASO DE OTRO PROGRAMA anotar aquí: _____

Firma del(a) alumno(a)

Lcda. Helen Mokay Armenta
Coordinadora de Servicio Social

Dr. José Humberto Soto Izaguirre
Director