

**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:**

( ) AULAS HOSPITALARIAS ( ) INSTITUTO MUNICIPAL DE LA JUVENTUD

( ) AUTISMO MOCHIS IAP ( ) ISEJA

( ) CASA HOGAR SANTA EDUWIGES ( ) MUSEO INTERACTIVO TRAPICHE

( )COBAES 02 ( ) MUSEO REGIONAL DEL VALLE DEL FUERTE

( )CONALEP MOCHIS, Col. Estrella ( ) PASO FIRME IAP

( ) CONALEP MOCHIS II, Las Canteras ( ) PATRONATO PRO-EDUCACIÓN DE AHOME A.C., ORUGAS

( ) C.R.I.E. No. 03 ( ) PROMOTORA DE APOYO A LA JUVENTUD, ORATORIO DON BOSCO

( ) DIF AHOME, PANNASIR ( ) REEDIFICANDO LA CASA A.C.

( ) DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN MPIO. AHOME ( ) SEPyC, EDUCACIÓN BÁSICA

( ) EDUCACIÓN ESPECIAL ZONA 030 ( ) UPES, Vinculación, Servicios escolares y CAE

( ) FUNDACIÓN PERLA RAMOS A.C. ( ) USAER No. 26, Nivel preescolar y primaria

( ) GUARDERIA DEL ISSSTE ( ) USAER No. 103, Nivel secundaria

**4. EN CASO DE SEPyC, nombrar nivel e institución:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. EN CASO DE OTRO PROGRAMA anotarlo aquí:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Firma del(a) alumno(a) Lcda. Helen Mokay Armenta

Coordinadora de Servicio Social

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

Dr. José Humberto Soto Izaguirre

Director

C.c.p.- Alumna(o).