

UNIDAD \_\_\_\_\_

**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:**

( ) SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE SINALOA

**4. PROGRAMA EXTERNO:**

( ) Programa de Apoyo Emergente a Call Center COVID 19

\_\_\_\_\_  
Firma del(a) alumno(a)

\_\_\_\_\_  
Nombre y forma del(a) Coordinador(a)  
del servicio social

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Director(a) de la Unidad