

**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 ( ) MUSEO INTERACTIVO TRAPICHE

 ( ) AUTISMO MOCHIS IAP ( ) MUSEO REGIONAL DEL VALLE DEL FUERTE

 ( ) CASA HOGAR SANTA EDUWIGES ( ) PASO FIRME IAP

 ( )COBAES 02 ( ) PATRONATO PRO-EDUCACIÓN DE AHOME A.C.

 ( )CONALEP MOCHIS, COL. ESTRELLA ( ) PAJ, ORATORIO DON BOSCO

 ( ) CONALEP MOCHIS II, LAS CANTERAS ( ) REEDIFICANDO LA CASA A.C.

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

 ( ) FUNDACIÓN PERLA RAMOS A.C. ( ) SAVE THE CHILDREN

 ( ) GUARDERIA DEL ISSSTE ( ) UPES, VINCULACIÓN, SERVICIOS ESCOLARES Y CAE

 ( ) INSTITUTO MUNICIPAL DE LA JUVENTUD ( ) USAER NO. 26, NIVEL PREESCOLAR Y PRIMARIA

 ( ) ISEJA ( ) 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).