# SOLICITUD DE PRESTANTES DE SERVICIO SOCIAL

NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA DEPENDENCIA:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DEPENDENCIA: | | DOMICILIO:  TELÉFONO: | | |
|  | | | | |
| DEPARTAMENTO: | | OFICINA O SECCIÓN: | | |
| NOMBRE DEL PROGRAMA:  ACTIVIDADES: | | ESPECIALIDAD O PERFIL REQUERIDO PARA EL PROGRAMA  :  OBJETIVO: | | |
|  | |  | | No. DE ALUMNOS: |
| ALUMNO SUGERIDO: | | 1 |
| COMPENSACIÓN ECONÓMICA:  FECHA ELABORACIÓN: | |
| RESPONSABLE DIRECTO DEL  PROGRAMA  NOMBRE Y FIRMA | | TOTAL, HORAS DEL PROGRAMA: | | |
| RESPONSABLE DE LA  DEPENDENCIA  NOMBRE, FIRMA SELLO |  | | Vo. Bo.  DEPTO. DE VINCULACIÓN Y EXTENSIÓN  L.A. ELIZABETH MEDEL MENDOZA | |