# 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 DELPROGRAMANOMBRE Y FIRMA | TOTAL, HORAS DEL PROGRAMA:  |
| RESPONSABLE DE LADEPENDENCIANOMBRE, FIRMA SELLO |  | Vo. Bo.DEPTO. DE VINCULACIÓN Y EXTENSIÓNL.A. ELIZABETH MEDEL MENDOZA |