



“2019, Año del Caudillo del Sur, Emiliano Zapata”

COORDINACION DE SERVICIO SOCIAL FORMATO DE ASIGNACION

I. - DATOS PERSONALES

EDAD _____ SEXO _____

(A.P.)

(A.M.)

NOMBRE

CORREO ELECTRONICO

No. DE CONTROL

Nº. DE CREDITOS

DOM. TEMPORAL

CALLE

No.

COL.

CIUDAD

EDO.

TEL:

DOM. PERMANENTE

CALLE

No.

COL.

CIUDAD

EDO.

TEL:

II. - DATOS DE LA DEPENDENCIA U ORGANISMO QUE ACEPTA AL PRESENTE

1.- NOMBRE DE LA DEPENDENCIA U ORGANISMO: _____

DOMICILIO: _____ TELEFONO: _____

2.- NOMBRE DEL PROGRAMA EN QUE VA A PARTICIPAR: _____

3.- ACTIVIDADES QUE VA A REALIZAR EN SU SERVICIO SOCIAL: _____

4.- OBEJTIVOS DEL PROGRAMA: _____

5.- FECHA DE INICIO: _____

6.- HORARIO EN QUE VA APRESTAR SU SERVICIO SOCIAL:

LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES SABADO DOMINGO

7.- NOMBRE, DIRECCION, TEL. DEL ENCARGADO O COORDINADOR DE LA DEPENDENCIA
U ORGANISMO DONDE SE VA A PRESENTAR EL SERVICIO SOCIAL.

FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PROGRAMA

