|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| I.DATOS DEL ESTUDIANTE | | | | | | | |
| ESCRIBE EL APELLIDO P.  NOMBRE: APELLIDO PATERNO | | ESCRIBE EL APELLIDO M.  APELLIDO MATERNO | | | ESCRIBE EL NOMBRE (S)  NOMBRES (S) | | |
| FACULTAD: FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES LICENCIATURA: ELIJA LA LICENCIATURA  EXPEDIENTE: EXPEDIENTE SEMESTRE: ELIJA EL SEMESTRE ESTUDIANTE:  EGRESADO:  TURNO: ELIJA TURNO ACREDITADO: ELIJA UNA OPCIÓN | | | | | | | |
| ESCRIBE EL NOMBRE DE LA CALLE  DOMICILIO: CALLE | | | #\_\_  NÚM. | | ESCRIBE EL CP.  CP. | | |
| TEL. PARTICULAR: ESCRIBE: TELÉFONO PART. TEL. CELULAR: ESCRIBE: TEL. CEL.  CORREO: ESCRIBE: CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | | |
| II. DATOS LABORALES | | | | | | | |
| LUGAR DE TRABAJO: ESCRIBE EL LUGAR DE TRABAJO | | | | | | | |
| ESCRIBE EL NOMBRE DE LA CALLE  DOMICILIO: CALLE | | | | #\_  NÚM. | | | ESCRIBE EL CP.  CP. |
| PUESTO QUE OCUPA: ESCRIBE NOMBRE DEL PUESTO | | | | | | | |
| TEL:TELEFONO | HORARIO:  DE: 8:00 A: 12:00 AM\_PM OTRO: ESCRIBE | | | | | ANTIGÜEDAD:  ELIJA | |
| III.DATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIO SOCIAL | | | | | | | |
| INSTITUCIÓN: NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN  LUGAR DE PRESTACIÓN:NOMBRE DEL LUGAR | | | | | | | |
| ESCRIBE EL NOMBRE DE LA CALLE  DOMICILIO: CALLE | | | #  NÚM. | | ESCRIBE EL CP.  CP. | | |
| PROGRAMA: NOMBRE DEL PROGRAMA  RESPONSABLE DEL PROGRAMA: RESPONSABLE DEL PROGRAMA  CARGO: NOMBRE DEL CARGO  TIEMPO DE PRESTACIÓN: TIEMPO DE PRESTACIÓN | | | | | | | |
| PERIODO DE PRESTACIÓN:  FECHA DE: INICIO: ELIJA LA FECHA DE INICIO TERMINO: ELIJA LA FECHA DE TERMINO | | | | | | | |
| OBSERVACIONES: ESCRIBE LAS OBSERVACIONES\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MC ROXANA PRECIADO CORTES FIRMA Y NOMBRE DEL PRESTADOR

RESPONSABLE DEL SERVICIO SOCIAL LIC.NUTRICION

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LIC MA. DE LA CRUZ CASTREJON REYES

COORDINADOR SERVICIO SOCIAL DEL ÁREA DE LA SALUD