|  |
| --- |
| 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 LICENCIATURAEXPEDIENTE: EXPEDIENTE SEMESTRE: ELIJA EL SEMESTRE ESTUDIANTE: [ ]  EGRESADO: [ ] TURNO: ELIJA TURNO ACREDITADO: ELIJA UNA OPCIÓN |
| ESCRIBE EL NOMBRE DE LA CALLEDOMICILIO: 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 CALLEDOMICILIO: 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 INSTITUCIÓNLUGAR DE PRESTACIÓN:NOMBRE DEL LUGAR |
| ESCRIBE EL NOMBRE DE LA CALLEDOMICILIO: CALLE |  #NÚM. | ESCRIBE EL CP.CP. |
| PROGRAMA: NOMBRE DEL PROGRAMARESPONSABLE DEL PROGRAMA: RESPONSABLE DEL PROGRAMACARGO: NOMBRE DEL CARGOTIEMPO 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