**DEPARTAMENTO DE VINCULACIÓN Y EXTENSIÓN**

Foto digital

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS PERSONALES** | | | |
| Nombre completo (1) |  | | |
| Sexo (2) |  | Teléfono: (3) |  |
| Domicilio: (4) |  | | |
| Correo electrónico (5): |  | | |
|  |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESCOLARIDAD** | | | |
| No. de Control: (7) |  | Carrera: (8) |  |
| Periodo: (9) |  | Semestre: (10) |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL PROGRAMA** | | | | | | | | |
| Dependencia Oficial: (11) | | |  | | | | | |
| Titular de la Dependencia: (12) | | |  | | | | | |
| Puesto: (13) | | |  | | | | | |
| Nombre del Programa: (14) | | |  | | | | | |
| Modalidad: (15) |  | | Fecha de Inicio: (16) | |  | Fecha de Terminación: (17) | |  |
| Actividades: (18) | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Tipo de programa: (19)** | | | | | | | | |
| Educación para adultos | |  | | Desarrollo de comunidad | | |  | |
| Actividades deportivas | |  | | Actividades culturales | | |  | |
| PRONASOL | |  | | Otros | | |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tipos de discapacidad: | | | | |
| ¿Cuentas con alguna discapacidad? (6) | Sí  No | ¿de qué tipo? | Discapacidad física / motriz |  |
| Discapacidad intelectual |  |
| Discapacidad múltiple |  |
| Discapacidad auditiva: | |
| Hipoacusia |  |
| Sordera |  |
| Discapacidad visual: | |
| Baja visión |  |
| Ceguera |  |
| Discapacidad psicosocial |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE SERVICIO SOCIAL** | | | |
| ACEPTADO: (20) | SÍ | NO |  |
| MOTIVO: (21) | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| OBSERVACIONES: (22) | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

|  |  |
| --- | --- |
| **NÚMERO** | **DESCRIPCIÓN** |
| 1 | Escribir el nombre completo del alumno interesado en realizar el Servicio Social. |
| 2 | Indicar el sexo: H Hombre M Mujer. |
| 3 | Anotar el número de teléfono particular. |
| 4 | Anotar el domicilio particular. |
| 5 | Anotar el correo electrónico |
| 6 | Anotar si cuentas con una discapacidad |
| 7 | Anotar el número de control. |
| 8 | Anotar la carrera en la cual se encuentra inscrito. |
| 9 | Anotar el periodo en el cual está inscrito. |
| 10 | Anotar el semestre que se encuentra cursando actualmente. |
| 11 | Anotar el nombre de la dependencia en la que se pretende realizar el Servicio Social. |
| 12 | Anotar el nombre completo del titular de la dependencia. |
| 13 | Anotar el nombre del puesto. |
| 14 | Anotar el nombre del programa. |
| 15 | Anotar la modalidad en la que se realizará el Servicio Social (interno ó externo). |
| 16 | Anotar la fecha de inicio. |
| 17 | Anotar la fecha de terminación. |
| 18 | Anotar las actividades que se realizarán. |
| 19 | Marcar con una X el tipo de programa en el que le interesa participar. |
| 20 | Anotar si fue aceptado o no. |
| 21 | Anotar el motivo por el cual la solicitud fue rechazada. |
| 22 | En caso de que haya observaciones anotarlas. |