**SECRETARÍA ACADÉMICA**

**SOLICITUD DE ASIGNACIÓN AL SERVICIO SOCIAL**

**PERÍODO: AGOSTO 2025 – ENERO 2026**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ESTUDIANTE *(Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombres)*** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  |
| **LICENCIATURA** | | | **SEMESTRE EQUIVALENTE** | | | **FECHA DE SOLICITUD** | | |  |
| **(D-M-A)** | | |  |
|  | | |  | | |  |  |  |  |
|  |
| **MATRÍCULA** | **SEXO** | | **DISCAPACIDAD** | | | | | |  |
|  | **M** O | **F** O | **SI** O | **NO** O | **¿CUÁL?** | | | |  |
|  |
| **CORREO ELECTRÓNICO** | | | | | **TELÉFONO Y/O CELULAR** | | | |  |
|  | | | | |  | | | |  |
|  |
| **PROYECTO** | | | | | | | | |  |
| **NOMBRE** | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | |  |
|  |
|  |
| **NÚMERO** | | | **DEPENDENCIA** | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | |  |
|  |
|  |
| **RESPONSABLE DEL PRESTADOR** | | | **FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PRESTADOR** | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | |  |
|  |
| **RESPONSABLE DEL PROYECTO** | | | **FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PROYECTO** | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | |  |
|  |
| **FIRMA DEL ESTUDIANTE** | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | |  |
|  |

**NOTA: ESTA SOLICITUD SE DEBERÁ ENTREGAR, DEBIDAMENTE COMPLETADA Y FIRMADA, DURANTE EL PROCESO DE SOLICITUD DE ASIGNACIÓN AL SERVICIO SOCIAL.**