**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.**