

 S

DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL Y TITULACION

 SOLICITUD DE CARTA DE PRESENTACION

|  |  |
| --- | --- |
| DIRIGIDO A: NOMBRE COMPLETO SIN ABREVIATURAS, CON GRADO ACADEMICO (Lic, Ing, CP, etc). INDICAR CARGO |  |
| NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD RECEPTORA (APLICA UNICAMENTE EN EL ESTADO DE VERACRUZ EN LA REGION). |  |
| DIRECCION DE LA UNIDAD RECEPTORA, MUNICIPIO, LOCALIDAD ,C.P. |  |
| SECTOR EDUCATIVO CLAVE: |  |
| TELEFONO: |  |
| TIPO DE EMPRESA: **R.F.C.** |  |
| EL SERVICIO LO REALIZARÁ LOS DIAS: |  |
| HORARIO DEL SS: |  |

|  |
| --- |
| **UNIDAD RECEPTORA O****DEPENDENCIA** |

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO (SIN ABREVIATURAS) |  |
| MATRICULA: |  |
| CARRERA: |  |
| BLOQUE: 1° Inscripción 2° inscripción |  |
| TELEFONO: |  |
| DIRECCION (MUNICIPIO, LOCALIDAD) |  |
| SERVICIO MEDICO VIGENTE (NUMERO DE SS). |  |
| GRUPO SANGUINEO: |  |
| ALERGIAS: |  |
| CATEDRATICO (A) DE SERVICIO SOCIAL: |  |
| FIRMA DE Vo. Bo. DEL ACADEMICO |  |
| IXTACZOQUITLAN, VER A : |  |

|  |
| --- |
| **ALUMNO (A) PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL** |

**USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL FECHA DE SOLICITUD: (D\_\_\_ M\_\_\_ A\_\_\_) 1° 2° OBSERVACIONES:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**