|  |
| --- |
| **DATOS GENERALES DE LA UNIDAD RECEPTORA DE SERVICIO SOCIAL** |
| **Nombre de la dependencia** | Escriba aquí el nombre de la Unidad receptora | **Sector**  | Elija un elemento |
| **Dirección**  | Escriba aquí la dirección de la Unidad Receptora: calle, número, colonia | **Ciudad**  | Escriba la ciudad | **Estado**  | Escriba la Entidad Federativa |
| **C.P.** | Escriba aquí su Código Postal | **Teléfono (s)** | Escriba aquí el teléfono de la Unidad Receptora | **Correo-e o página web** | Escriba aquí el correo-e o página web de la Unidad Receptora |
| **Descripción de la dependencia** | Realice la descripción general de la Unidad Receptora: rubro, objetivos o fines, principales actividades, población atendida, etc. |
|  |
| **DATOS DE CONTACTO DEL RESPONSABLE DE SERVICIO SOCIAL (SS)** |
| **Nombre del responsable del programa de SS** | Escriba el nombre del responsable del SS en la Unidad Receptora | **Cargo**  | Escriba aquí el cargo del responsable de SS en el Unidad Receptora |
| **Teléfono del responsable de SS** | Escriba aquí el teléfono de contacto del responsable de SS | **Correo-e**  | Escriba aquí el correo-e del responsable de SS |
|  |  |
| **DATOS SOBRE EL SERVICIO SOCIAL EN LA UNIDAD RECEPTORA** |
| **Área asignada dentro de la Unidad Receptora.** | Mencione el área de trabajo donde estará asignado el/la estudiante de SS en la Unidad Receptora. |
| **Objetivo(s) del área asignada.** | Enliste los objetivos del área asignada |
| **Funciones generales que se realizan en el área asignada.** | Enliste de forma general las funciones que se llevan a cabo en el área asignada |
| **Objetivos del Programa de Servicio Social en la Dependencia para el prestador de Servicio Social de la carrera de psicología.** | Describa el o los objetivos que la Unidad Receptora considera importante para el desarrollo de actividades de Servicios Social acorde el área de psicología |
| **Funciones que realizará el Prestador de Servicio Social de Psicología en la Dependencia, acordes a su perfil profesional.** | Enliste de forma puntual las funciones que el prestador de SS realizará en el área asignada |
| **Actividades que realizará el Prestador de Servicio Social de Psicología en la Dependencia, acordes a su perfil profesional.** | Enliste las actividades acordes con el área de psicología que el/la prestador/a de Servicio Social, realizará en la Unidad Receptora |
| **Duración de los programas de Servicio Social en la Dependencia (480 horas a cubrir en 6 meses o un año).** | Elija un elemento |
| **Horarios disponibles y/o sugeridos para la realización del Servicio Social.** | Señale el horario que cubrirá el/la prestador/a de Servicio Social durante el periodo correspondiente |
| **Recursos que la dependencia ofrece al Prestador de Servicio Social para la realización de las actividades encomendadas.** | Describa en forma de lista los recursos (material de papelería, equipo de cómputo, audiovisual, servicio de fotocopiado, materiales técnicos, asesoría, espacios físicos adecuados, etc.) que la Unidad receptora tiene dispuestos para el mejor desarrollo de las actividades de Servicio Social |
|  |
| **CONDICIONES DE APOYO DE LA UNIDAD RECEPTORA** |
| **¿Cuántos espacios tiene la Unidad Receptora para prestadores de servidores social?** | Cantidad de estudiantes |
| **¿La Unidad Receptora tiene la capacidad para recibir prestadores de servicio social?** | Elija un elemento |
| **¿Se cuenta con asesoría y orientación para el mejor desempeño de las actividades del prestador de Servicio Social (SS) en la Unidad Receptora?** | Elija un elemento |
| **¿Se cuenta con un espacio físico adecuado para la realización de las actividades de SS?** | Elija un elemento |
| **¿Se cuenta con materiales y equipo para el desarrollo de actividades de SS?**  | Elija un elemento |
| **¿Se cuenta con apoyos en transporte o pago de transporte para el estudiante?**  | Elija un elemento |
| **¿Se cuenta con apoyo en becas para el prestador de Servicio Social?** | Elija un elemento |
| **¿Ofrece atención médica en caso necesario al prestador de Servicio Social?**  | Elija un elemento |
|  |  |
| **Observaciones generales** | Escriba aquí las observaciones y comentarios queconsidere necesarios |
| ***Conozco y acepto las obligaciones que como Unidad Receptora adquiero ante la Universidad Veracruzana.***  |
|  |  |  |  |  |
|  | **Nombre y firma**  |  | ***Sello de la Unidad Receptora*** |  |

|  |
| --- |
| **Xalapa, Enríquez, Ver., Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.**  |