# 

Foto

# UNIVERSIDAD VERACRUZANA

FACULTAD DE MEDICINA VETERINARIA Y ZOOTECNIA

SOLICITUD DE SERVICIO SOCIAL

**DATOS DEL PRESTADOR DEL SERVICIO SOCIAL**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Matrícula** |  | | **Periodo de SS** | | Febrero – Julio 2024 | |
|  | | |  | |  | |
| Apellido Paterno | | | Apellido Materno | | Nombre (s) | |
|  | | |  | |  | |
| Calle y numero | | | Colonia | | Municipio | |
|  | |  | |  | |  |
| Teléfono celular | | Correo electrónico | | Avisar en caso de emergencia | | Teléfono |
|  | |  | |  | |  |
| Servicio Médico Vigente | | Comprobante | | Tipo de sangre | | Restricciones |

**DATOS DE LA INSTANCIA RECEPTORA DONDE SE REALIZA EL SERVICIO SOCIAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la instancia** |  | | | | | | | |
| **Nombre del programa** |  | | | | | | | |
| **Dirección** |  | | | | | | | |
| **Localidad** |  | | | | | | | |
| **Jefe de la Instancia** |  | | | | | | | |
| **Supervisor** |  | | | | | | | |
| **Teléfono** |  | | | | | | | |
| **Correo electrónico** |  | | | | | | | |
| **Sector** | Publico |  | Privado |  | Social |  | UV |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Colocar nombre a computadora | Colocar nombre a computadora |
| Nombre y firma del prestador del servicio social | Nombre y firma del supervisor |

**DOCUMENTOS ADJUNTOS:**

|  |  |
| --- | --- |
| **DOCUMENTO** | **ENTREGA** |
| Constancia de Liberación de EAS |  |
| Pago de Inscripción EE. de SS. |  |
| Formato de Solicitud de Servicio Social con foto, firma del supervisor y sello de la dependencia |  |
| Oficio de aceptación de la dependencia donde realizará el servicio social |  |
| Formato del Programa de Actividades |  |
| Constancia del Servicio Médico Vigente |  |

Todos estos documentos deberán ser presentados en original

## H. Veracruz, Ver., a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.