#

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.