**Solicitud**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Por medio de la presente, solicito a la Dirección de Servicio Social de la UABJO, que a partir de esta fecha se instaure mi expediente como prestador de Servicio Social, en calidad de: | | | | | |
| Alumno | | | | | Pasante |
|  | | | | | |
| Del Programa Educativo | | | | | Elija un elemento. |
| Que curso(é) en la Escuela, Facultad o Instituto | | | | | Escribe la Escuela, Facultad o Instituto |
|  | | | | | |
| Manifiesto que me encuentro de acuerdo en acatar las disposiciones emanadas del Artículo 74 de la ley Orgánica en vigor, así como las disposiciones estipuladas en el Reglamento Interno de la Dirección de Servicio Social. | | | | | |
|  | | | | | |
| Nombre del Alumno(a) o Pasante: | | | Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno | | |
| Matrícula: Escribe tu matrícula CURP: YYYY999999XXXXXX99 Edad: Escribe tu edad | | | | | |
| Domicilio Actual: | | Escribe aquí la Calle, número, colonia y código postal | | | |
| Teléfono: 951.502.0700 Correo Electrónico: tucorreo@algo.com | | | | | |
|  | | | | | |
| Mis estudios se iniciaron el día Elija un elemento. de Elija un elemento. del año escribe el año | | | | | |
| Semestre: Elija un elemento. , equivalente al 70 % de materias o créditos | | | | | |
|  | | | | | |
| Datos de la dependencia donde realiza el Servicio Social | | | | | |
| Nombre: | Escribe aquí el nombre de la dependencia | | | | |
| Dirección: | Escribe aquí la Calle, número, colonia y Código Postal de la dependencia | | | | |
|  | | | | | |
| Datos del titular de la dependencia | | | | |  |
| Ap. Paterno, Ap. Materno, Nombre(s): | | | | Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno | |
| Cargo: | | | | Escribe aquí el cargo del titular de la dependencia | |
|  | | | | | |
| Atentamente | | | | | |
|  | | | | | |
| Oaxaca de Juárez, Oax., a Elija un elemento. de Elija un elemento. del año escribe el año | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Foto | Declaro bajo protesta de decir verdad que la información y documentación proporcionada es verídica, por lo que, en caso de existir falsedad en ella, tengo pleno conocimiento que se aplicarán las sanciones administrativas y penas establecidas en los ordenamientos respectivos para quienes se conducen con falsedad ante la autoridad competente. | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del solicitante | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Vo. Bo. Coordinador |