| ***Datos del prestador:*** | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre (s): | | | | | Apellido paterno: | | | | Apellido materno: |
|  | | | | | | | | | |
| Matricula: | Semestre o periodo / % de créditos: | | | | | Carrera: | | | |
|  | |  | | |
| Dirección (Calle): | | | | | | Colonia o localidad: | | | |
| Municipio: | | | | Entidad: | | | | C.P. | |
| Teléfono casa: | | Teléfono celular: | | | | | Correo electrónico: | | |

| ***Datos de la dependencia receptora*** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Responsable directo: | | | | | |
| Nombre del departamento o área: | | | Dirección (calle): | | |
| Colonia o localidad: | | Municipio o delegación: | | | Entidad Federativa: |
| C.P. | Teléfono (s): | | | Correo electrónico: | |

| ***Datos para la carta de presentación/aceptación*** | |
| --- | --- |
| Institución, organismo o empresa: | |
| Titular (Grado académico y nombre completo): | |
| Cargo: | |

| ***Actividad o responsabilidades del Prestador*** | |
| --- | --- |
|  | **Fecha de inicio**: / /  (día/mes/año) |
| **Fecha de terminación**: / /  (día/mes/año) |
| Sector: ( ) Público ( ) Privado ( ) Social | |
| **Justificación*: (Indica cuál es la importancia de las actividades que desarrollará)*** | |
| **Resultados esperados:** | |

| ***Si recibe apoyo el prestador marque lo sig.*** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **Económicos**:  Pago único ( )  Pago mensual ( )  Ninguno ( )  No. De meses \_\_\_\_ | **Académicos**:  ( ) Cursos  ( ) Tutoría  ( ) Asesoría  ( ) Ninguno | **Servicios**:  ( ) Capacitación  ( ) Transporte  ( ) Comedor  ( ) Ninguno | **Otros:** |

| ***Documentos presentados a tu Responsable de Servicio Social o cotejados en Expediente Académico*** | |
| --- | --- |
| Historial académico con créditos requeridos: ( )  Acta de nacimiento: ( )  Credencial o identificación oficial: ( ) | Recibo de inscripción al semestre: ( )  Copia de credencial escolar : ( )  Otro: ( ) |

| **Validación** | |
| --- | --- |
| **Nombre y firma del Prestador de Servicio Social** |  |
| **Nombre y firma del responsable directo, con sello de la dependencia o empresa receptora** |  |