

	<b>SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL SERVICIO SOCIAL</b>	Código:	F-DSE-03-00-03
		No. Revisión:	3
		Fecha de Emisión:	30/09/2024
	<b>REFERENCIA A LAS NORMAS</b> <b>ISO 9001:2015</b> <b>ISO 14001:2015</b> 8.2.2, 8.2.4, 8.5.1                      N/A		Proceso:
		Página:	1 de 1

**Datos del Prestador**

Nombre Completo:		
Domicilio:	CALLE, NÚMERO Y COLONIA                      CIUDAD, EDO.	Tel.:
Carrera:	Semestre:	No. Control:

**Datos del Prestatario**

Nombre de la Dependencia u Organismo:	
Nombre del Programa:	
Nombre del Supervisor:	
Cargo:	Teléfono:
Correo electrónico:	
Dirección: <small style="display: flex; justify-content: space-between;">Calle, número y colonia                      Ciudad, Edo.</small>	

**Datos del Programa:**

Fecha de <b>Inicio</b> del Servicio Social: ( dd / mm / aaaa )	Fecha de <b>Término</b> del Servicio Social: ( dd / mm / aaaa )
Nombre del Programa:	Objetivo del Programa:
<b>Actividades a Desarrollar:</b>  <b>1.-</b>  <b>2.-</b>  <b>3.-</b>  <b>4.-</b>  <b>5.-</b>	<b>Modalidad:</b> Individual ( )    Brigada ( )  <b>Programa:</b> Educación ( )    Desarrollo de Comunidad ( ) Deporte ( )    Actividades Culturales ( ) Interno ( )    Social ( ) Especialidad ( )    Investigación ( )  <b>Tipo de actividades:</b>  Administrativas ( )                      Técnicas ( ) Asesoría ( )                                      Investigación ( ) Promotor cultural y/o deportivo ( )    Otra: _____
El Servicio Social lo realizará dentro de las instalaciones de la Dependencia.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO    Lugar:

<b>ACEPTADO<sub>1</sub>:</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>MOTIVO:</b> <small>USO EXCLUSIVO DEL TECNOLÓGICO TECNOLÓGICO</small>	<b>CLAVE DEL PROGRAMA:</b> <small>USO EXCLUSIVO DEL</small>
------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---	---

Con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en la Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional relativo al ejercicio de profesiones, Me comprometo a realizar el Servicio Social acatando los lineamientos internos del Instituto Tecnológico Superior de Guanajuato que al efecto existan y llevarlo a cabo en el lugar y periodos manifestados; así como, a participar con mis conocimientos e iniciativa en las actividades que desempeñe, procurando siempre dar una imagen positiva del Instituto Tecnológico Superior de Guanajuato en el organismo o dependencia oficial; de no hacerlo así, quedo enterado (a) de la cancelación respectiva, la cual procederá automáticamente.

Firma y sello de la Dependencia u Organismo  <hr style="width: 80%; margin: auto;"/> <b>SUPERVISOR DEL PROGRAMA AVAL DE ACEPTACIÓN</b>	Firma del interesado (a)  <hr style="width: 80%; margin: auto;"/> <b>PRESTADOR DEL SERVICIO SOCIAL</b>	Firma y sello de Servicios Escolares  <hr style="width: 80%; margin: auto;"/> <b>ASISTENCIA A CURSO DE INDUCCIÓN Y AVAL DE PRESENTACIÓN</b>
--	--	---