

SEP

DGETI

SEMS

## CENTRO DE ESTUDIOS TECNOLÓGICOS

INDUSTRIAL Y DE SERVICIOS No. 105

Clave: 22DCT0105N

## SOLICITUD DE REQUISITOS DE ASIGNACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL

\*Llenar con pluma, letra de molde legible.  
No tachaduras ni usar corrector.

Querétaro, Qro., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Estudiante: \_\_\_\_\_

(primer apellido)

(segundo apellido)

(nombres(s))

Especialidad: \_\_\_\_\_ Grado y Grupo: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_

Número de control: \_\_\_\_\_ Generación: \_\_\_\_\_ Créditos cursados: \_\_\_\_\_ 70 %

(consultar de la credencial escolar o boleta)

(mínimos requeridos, aprox.)

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino ¿Esquema completo de vacunación  Sí  No  
contra COVID-19?

Correo institucional: \_\_\_\_\_

Período de prestación del Servicio Social:

Inicio: \_\_\_\_\_ 11 septiembre 2023 Término: \_\_\_\_\_ 12 marzo 2024  
Día Mes Año Día Mes Año

Programa: Desarrollo académico en área administrativa

Objetivo: \_\_\_\_\_

(objetivo por el cual se realizará el servicio social en la dependencia, sitio, organismo o institución receptora)

Lugar: \_\_\_\_\_

(nombre de la dependencia, sitio, organismo o institución receptora)

Dependencia:  Municipal  Estatal  Federal

(poner una X al tipo de dependencia, sitio, organismo o institución receptora)

Ubicación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

(domicilio de la dependencia, sitio, organismo o institución receptora)

(teléfono de contacto)

Persona a dirigir la Carta de Presentación: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

(nombre completo e indicar si es C., Lic., Ing., Dr., Dra., Mtro., etc.)

(puesto que desempeña en la institución receptora)

Modalidad:  Individual  Grupal o colectiva  Otra: \_\_\_\_\_

(colocar una X al tipo de modalidad de prestación del servicio social)

Área:  Urbana  Suburbana  Rural

(poner una X al área donde se ubica la dependencia, sitio, organismo o institución receptora)

Apoyo económico:  Sí  No

(marcar con una X si el estudiante recibirá apoyo económico durante la prestación del servicio social)

Actividades a realizar: \_\_\_\_\_

(mencionar las actividades básicas o principales a realizar)

Tipo de Actividades:  Administrativas  Docentes  Investigación  Asesoría  Técnicas  Otra: \_\_\_\_\_

(poner una X según corresponda a las actividades a realizar)

Horario de actividades: \_\_\_\_\_ Días de trabajo:  Lunes  Martes  Miércoles  Jueves  Viernes

(colocar el horario por cumplir)

(marcar con una X a los días por cumplir)

Observaciones: \_\_\_\_\_

(indicar si hay observaciones o notas aclaratorias, de lo contrario poner "Ninguna")

\_\_\_\_\_  
Persona responsable en institución receptora  
Nombre y firma  
Sello\_\_\_\_\_  
Padre, Madre o Tutor(a) legal  
Nombre y firma de enterado(a)\_\_\_\_\_  
Vo. Bo. CETis No. 105  
Sello