SEP **DGETI** **SEMS**

CENTRO DE ESTUDIOS TECNOLOGICOS

INDUSTRIAL Y DE SERVICIOS No. 105

Clave: 22DCT0105N

SOLICITUD DE REQUISITOS DE ASIGNACIÓN

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

Querétaro, Qro., a _____ de _____ de _____
(LA FECHA ES PREVIA A LA DE INICIO)

Estudiante: _____
(PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO) (NOMBRE(S))

Especialidad: _____ Grado y Grupo: _____ Turno: _____

Número de control: _____ Generación: _____ Créditos cursados: 70 %
(CONSULTAR DE LA CREDENCIAL ESCOLAR O DE ALGUNA BOLETA) (MINIMOS NECESARIOS, APROX.)

Edad: _____ Sexo: [ ] Femenino [ ] Masculino ¿Esquema completo de vacunación contra COVID-19? [ ] Sí [ ] No

Período de prestación del Servicio Social:

Inicio:	19	septiembre	2022	Término:	21	marzo	2023
	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año

Programa: Desarrollo académico en área administrativa

Objetivo: _____
(OBJETIVO POR EL CUAL SE REALIZARA EL SERVICIO SOCIAL EN EL SITIO, INSTITUCION RECEPTORA, OFICINA, PROGRAMA O TALLER ELEJIDO)

Lugar: _____
(NOMBRE DEL SITIO O INSTITUCIÓN RECEPTORA DONDE SE PRESTARÁ EL SERVICIO SOCIAL)

Dependencia: [ ] Municipal [ ] Estatal [ ] Federal
(PONER UNA X AL TIPO DE DEPENDENCIA, INSTITUCIÓN RECEPTORA, OFICINA U ORGANISMO DEL SITIO DONDE SE PRESTARÁ EL SERVICIO SOCIAL)

Ubicación: _____ Teléfono: _____
(DOMICILIO DEL SITIO O INSTITUCION RECEPTORA DONDE SE PRESTARA EL SERVICIO SOCIAL) (TELEFONO DE CONTACTO DEL SITIO O INSTITUCION RECEPTORA)

Persona a dirigir la Carta de Presentación: _____ Cargo: _____
(NOMBRE COMPLETO E INDICAR SI ES C., LIC., ING., DR., DRA., MTRO., ETC.) (PUESTO QUE DESEMPEÑA LA PERSONA)

Modalidad: [ ] Individual [ ] Grupal o colectiva [ ] Otra: _____
(PONER UNA X AL TIPO DE MODALIDAD DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL)

Área: [ ] Urbana [ ] Suburbana [ ] Rural
(PONER UNA X AL TIPO DE ÁREA DEL SITIO O INSTITUCIÓN RECEPTORA DONDE SE PRESTARÁ EL SERVICIO SOCIAL)

Apoyo económico: [ ] Sí [ ] No
(PONER UNA X SI EL ESTUDIANTE RECIBIRÁ APOYO ECONÓMICO DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL)

Actividades a realizar: _____

Tipo de Actividades: [ ] Administrativas [ ] Docentes [ ] Investigación [ ] Asesoría [ ] Técnicas [ ] Otra:_____
(PONER UNA X AL TIPO QUE CORRESPONDAN LAS ACTIVIDADES A REALIZAR DURANTE LA PRESTACION DEL SERVICIO SOCIAL)

Horario de actividades: _____ Días de trabajo: [ ] Lunes [ ] Martes [ ] Miércoles [ ] Jueves [ ] Viernes
(INDICAR EL HORARIO A ACUDIR AL SERVICIO SOCIAL) (PONER UNA X A LOS DIAS A ACUDIR AL SITIO O INSTITUCION RECEPTORA)

Observaciones: _____
(INDICAR SI HAY OBSERVACIONES O NOTAS ACLARATORIAS SOBRE EL SERVICIO SOCIAL A REALIZAR. DE LO CONTRARIO, PONER "NINGUNA")

_____	_____	_____
Nombre y Firma de la persona responsable en la Institución receptora Sello	Padre, Madre o Tutor(a) legal Nombre y firma de enterado(a)	Vo. Bo. CETis No. 105 Sello