****

**FOTO**

**INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL**

**CENTRO DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS 9**

**SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS EDUCATIVOS E INTEGRACIÓN SOCIAL**

**DEPARTAMENTO DE EXTENSIÓN Y APOYOS EDUCATIVOS**

**SOLICITUD PARA INICIO DE SERVICIO SOCIAL**

**FECHA:**

**DIA MES AÑO**

**1. DATOS DEL PRESTADOR**

**NOMBRE:**

**A. PATERNO A. MATERNO NOMBRE(S)**

**NO. DE BOLETA: CURP: CARRERA:**

**SEMESTRE: CRÉDITOS %**

**(ESCOLARIDAD)**

**DOMICILIO:**

**(COMPLETO)**

**TELÉFONO DE CASA O TELÉFONO MÓVIL:**

**RECADOS:**

**CORREO ELECTRÓNICO**

**USUARIO: CONTRASEÑA:**

**(S.I.S.S) (S.I.S.S)**

**2. DATOS DEL PRESTATARIO**

**DEPENDENCIA PRESTATARIA:**

**DOMICILIO:**

**NOMBRE Y CLAVE DEL PROGRAMA:**

**NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DIRECTO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA DE INICIO**   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA DE TÉRMINO**   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |

***ACEPTO LO SIGUIENTE:***

1. ***La información proporcionada a la Oficina de Servicio Social es TOTALMENTE VERÍDICA.***
2. ***Acudir a la Oficina de Servicio Social siempre que se me solicite, con la finalidad de dar seguimiento a mi trámite.***
3. ***Entregar el Reporte de Actividades y de Asistencia 5 días hábiles, después de concluir el mes correspondiente del Servicio Social.***
4. ***Informar a la Oficina de Servicio Social en caso de solicitar BAJA de mi Servicio Social.***
5. ***Cualquier incumplimiento al Reglamento de Servicio Social causará CANCELACIÓN ó ANULACIÓN del mismo.***
6. ***Dar seguimiento a todo el trámite, cumpliendo en tiempo y forma con la Oficina de Servicio Social; tanto al Inicio como al Termino del mismo.***

|  |  |
| --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NOMBRE Y FIRMA DE ACEPTACIÓN**  **DEL RESPONSABLE DIRECTO** |