

# SOLICITUD - REGISTRO AUTORIZACION

## I. DATOS DEL PRESTADOR E INSTITUCION EDUCATIVA

1.- Fecha: 27/06/2017 No. de Registro Estatal de Servicio Social: 15EUT0002W-17-  
2.- Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombre (s) \_\_\_\_\_  
Correo Electronico: \_\_\_\_\_ EDAD: 2017 SEXO: MASCULINO  
3.-Carrera: TECNICO SUPERIOR UNIVERSITARIO  
4.-Porcentaje de créditos cubiertos a la fecha: 100 Promedio: 0.000

## II. DATOS DE LA ENTIDAD RECEPTORA

5.- Nombre de la entidad receptora: \_\_\_\_\_  
Federal  Estatal  Municipal  ONG  I.E  I.P.   
6.- Unidad Administrativa: \_\_\_\_\_  
7.- Domicilio de la Unidad Administrativa Responsable: \_\_\_\_\_  
COLONIA \_\_\_\_\_ CP. \_\_\_\_\_  
8.- Municipio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
9.- Funcionario responsable del programa y cargo: \_\_\_\_\_

10.- Programa en la que participara el prestador: Salud  Educación, arte, cultura y deporte  Alimentación y nutrición   
Vivienda  Empleo y capacitación para el trabajo  Apoyo a proyectos productivos   
Grupos vulnerables con capacidades diferentes, infantes y tercera edad  Gobierno, justicia y seguridad pública   
Pueblos indígenas  Derechos humanos  Política y planeación económica y social   
Infraestructura hidráulica y de saneamiento  Comercio, abasto y almacenamiento de productos básicos   
Asistencia y seguridad social  Medio ambiente  Desarrollo urbano  Desarrollo Tecnológico

11.- Actividades que desarrollara el prestador: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En que horario: \_\_\_\_\_  
Lunes a Viernes  Sábado, Domingo, Dias Festivos   
de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

12.-Período de Prestación: del: \_\_\_\_\_ al: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año Día Mes Año

13.- Horas de duración del programa o proyecto: 480 hrs.  Otras \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Por la Entidad Receptora

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del prestador

\_\_\_\_\_  
Por la institución educativa