



# UNIVERSIDAD DEL GOLFO DE MÉXICO NORTE

SOLICITUD DE REGISTRO DE INICIO DEL SERVICIO SOCIAL

LUGAR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

		DATOS DEL PRESTADOR DEL SERVICIO SOCIAL			
DATOS DEL PRESTADOR DEL SERVICIO	NOMBRE COMPLETO:				
	CORREO ELECTRONICO:				
	DOMICILIO:				
	NUMERO CELULAR:		NUMERO TELEFONICO DE CASA:		
		DATOS ESCOLARES			
DATOS ESCOLARE	LICENCIATURA:			NUMERO DE MATRICULA OFICIAL:	
	MODALIDAD :	ESCOLARIZADA ( ) NO ESCOLARIZADA ( )		GRUPO:	
	CAMPUS:			ALUMNO ( )	PASANTE ( )

		DATOS DE LA DEPENDENCIA EN DONDE PRESTARÁ EL SERVICIO SOCIAL			
DEPENDENCIA DONDE SE PRESTARÁ EL SERVICIO SOCIAL	NOMBRE DE LA DEPENDENCIA:				
	DOMICILIO:				
	LOCALIDAD:		NUMERO TELEFONICO:		
	TITULAR DE LA DEPENDENCIA:				
	CORREO ELECTRONICO:				
	PERSONA QUE SUPERVISARÁ LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL:				
	DEPARTAMENTO O LUGAR DONDE PRESTARÁ EL SERVICIO SOCIAL				

### REQUISITOS

SOLICITUD DE REGISTRO DE INICIO DEL SERVICIO SOCIAL CON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:	
ORIGINAL DE CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR EN CASO DE SER PASANTE CONSTANCIA DE PASANTIA FIRMADA POR EL DIRECTOR DEL CAMPUS	
ORIGINAL Y UNA FOTOCOPIA DE LA CARTA DE ACEPTACIÓN CON MEMBRETE EXPEDIDA POR LA DEPENDENCIA DONDE LLEVARA A CABO LA PRESTACION DEL SERVICIO SOCIAL MENCIONANDO FECHA DE INICIO Y TERMINO, LUGAR, NUMERO DE MATRICULA OFICIAL Y CARRERA, DEBERÁ ESTAR FIRMADA Y SELLADA POR EL JEFE DE LA DEPENDENCIA	
PROGRAMA DE ACTIVIDADES, FIRMADO Y SELLADO POR EL RESPONSABLE DE LA DEPENDENCIA	
CARTA COMPROMISO	
COPIA DEL ARANCEL CORRESPONDIENTE	

La citada documentación junto con la solicitud debidamente requisitada, deberá ser entregada en el área de servicio social de su Campus en folder tamaño carta de acuerdo al color que le haya sido asignado a su licenciatura, llevar fotocopia de todos los requisitos para que le sean firmados de recibido.

**“Declaro que los documentos que entrego son legales y asumo completamente la responsabilidad sobre ellos, exonerando a la Universidad del Golfo de México Norte Campus \_\_\_\_\_ sobre cualquier responsabilidad futura.**

Manifiesto mi consentimiento a través de este medio para la revisión y resguardo de los datos personales y datos personales sensibles mencionados, mediante los medios que mi plantel establezca, tratándose estos datos personales y datos personales sensibles, bajo el amparo de la **“Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares”** a fin de llevar a cabo los presentes tramites y registros.

NOMBRE Y FIRMA DE CONFORMIDAD

\_\_\_\_\_

INTERASADO

**(PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL**

NUMERO DE REGISTRO:	<b>REVISADO Y AUTORIZADO POR DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL</b>
FECHA DE REGISTRO:	