Mixquiahuala de Juárez, Hidalgo, \_\_\_de \_\_\_\_\_de 2024.

ASUNTO **ASUNTO: SOLICITUD DE SERVICIO SOCIAL**.

 No. DE SOLICITUD (Asignado por R.P. y S.S.)

LIC. CARMEN ROJO MONROY:

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE RESIDENCIAS PROFESIONALES Y SERVICIO SOCIAL

Quien suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con número de matrícula\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del Programa Educativo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con 70% de créditos aprobados de conformidad al Lineamiento de Operación y Acreditación del TecNM para la operación y acreditación del Servicio Social, y, toda vez que cumplo con los requisitos para realizar el proceso de Servicio Social en el periodo del junio - diciembre de 2024; solicito a Usted me sea expedida la “Carta de presentación”, conforme a la ficha de identificación siguiente:

|  |
| --- |
| FICHA DE IDENTIFICACIÓN |
| I) DATOS DEL ESTUDIANTE: |
| I.1) Programa Educativo: |   |
| I.2) Matrícula: |   |
| I.3) Nombre completo: |   |
| I.4) Domicilio completo: |   |
|   | (Calle, número ext. número int., Colonia, Municipio, Estado. C.P.) |   |
| I.5) Correo electrónico: |   |
| I.6) Teléfono celular:  |  Tel. fijo: |
| I.7) No. de afiliación IMSS: |   |
| I.8) ) No. de póliza de seguro “ ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO” THONA SEGUROS : | AP-TEC-219-05 VIGENCIA: 01/01/2024 AL 31/12/2024 |

|  |
| --- |
| II) DATOS DE LA EMPRESA, ORGANISMO O DEPENDENCIA |
| II.1) Razón Social: |   |
| II.2) Domicilio completo:  |
| (Calle, número ext. número int., Colonia, Municipio, Estado. C.P.) |
| II.3) Registro Federal de Contribuyentes: |   |
| II.4) Giro o actividad principal de la empresa: |   |   |
| II.5) Teléfono fijo: |   |
| II.6) Redes Sociales: |   |
| II.7) Correo electrónico: |   |
| II.8) Grado académico del Titular : |   |
| II.9) Nombre completo del Titular : |   |
| II.10) Cargo de Titular: |   |
| II.11) Nombre completo del contacto: |   |   |
| II.12) Cargo del contacto: |   |   |
| II.11) Teléfono celular del Titular o contacto: |   |
| II.12) Correo del Titular o contacto: |   |
| III) DATOS DEL PROGRAMA |
| II.1) Programa del catálogo publicado en la página oficial del ITSOEH: |  SI ( ) NO ( ) |
| II.2) Nombre del programa: |   |

**NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL ESTUDIANTE**