Mixquiahuala de Juárez, Hidalgo, \_\_\_de \_\_\_\_\_de 2023..

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 06 de junio al 07 de diciembre del 2023; 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-219-04 VIGENCIA: 01/01/2023 AL 31/12/2023 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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**