**SOLICITUD DE SERVICIO SOCIAL**

**FSS1**

**1.- Datos personales:**

Nombre del prestador

Apellido paterno apellido materno nombre(s)

Domicilio particular

Calle núm.

Colonia Teléfono

Edad Sexo M F

**2.- Escolaridad:**

Elija un elemento.

Especialidad o carrera

70%

QUINTO

Semestre Créditos aprobados

Núm. de control

**3.- Datos para la prestación del servicio social:**

Período de inicio Término \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Deseo prestar mi servicio social en

Dependencia oficial u organismo

Dirección Teléfono

**Apoyo a Instituciones Públicas**

Nombre del programa

Subprograma Elija un elemento.

Elija un elemento.

Actividad básica

Modalidad: individual grupal o colectiva otra, cual \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Áreas: ( X ) urbana ( ) suburbana ( ) rural

Elija un elemento.

TALA, JALISCO

Elija un elemento.

19

Lugar y fecha a de de 20

DANIELA NUÑEZ ARELLANO

Firma del prestante Vo. Bo. del Jefe de la Ofna. de Servicio Social

LUIS FELIPE RODRIGUEZ CEBALLOS

DIRECTOR(a) DEL CETIS 161 EN TALA JALISCO

**CARTA COMPROMISO DE SERVICIO SOCIAL**

**FSS2**

Con la finalidad de dar cumplimiento a lo que establece la Ley Reglamentaria del Artículo 5º. Constitucional, relativo a la prestación del Servicio Social de Estudiantes, el (la) que suscribe

Con domicilio en

en la colonia

con código postal y que estudia en el semestre de la especialidad de

Elija un elemento.

QUINTO

en el CETis 161, con clave 14DCT0274Z y ubicado en calle Benito Juárez número 10 colonia obrera, población Tala estado Jalisco, teléfono (384) 738-38-86, solicito autorización para prestar mi Servicio Social en

Cuya fecha de inicio será y terminará

COMPROMETIÉNDOME a sujetarme a los lineamientos del Servicio Social y a cumplirlo en la forma y tiempo indicados, así como a OBSERVAR UNA CONDUCTA EJEMPLAR durante la permanencia en el lugar de trabajo, a fin de acrecentar el prestigio del plantel y de la Dirección General de Educación Tecnológica Industrial. De no hacerlo así, me doy de enterado(a) de que no me será extendida la CONSTANCIA DE ACREDITACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL.

Nombre y firma del prestador

DANIELA NUÑEZ ARELLANO

LUIS FELIPE RODRIGUEZ CEBALLOS

DIRECTOR(A) DEL CETis 161 Jefe de la Ofna. de Servicio Social

Original: Oficina de Servicio Social del plantel

Copia para el prestador.

**CARTA DE ASIGNACIÓN**

**FSS4**

**Datos de prestante del Servicio Social:**

Nombre:

Apellido paterno apellido materno nombre(s)

Edad: Sexo: Masculino Femenino

Dirección:

Calle y número colonia Ciudad y Estado

QUINTO

Elija un elemento.

Carrera o especialidad: Semestre:

70%

Número de control Créditos cursados:

**Datos del programa:**

Nombre: **Apoyo a Instituciones Públicas**

**Objetivo:**

**RETRIBUIR A LA SOCIEDAD PARTE DEL BENEFICIO QUE EN CALIDAD DE SERVICIO EDUCATIVO HAN RECIBIDO.**

**Actividades a desarrollar:**

1.-

2.-

3.-

4.-

5.-

En caso de requerir mayor espacio, integrar hojas anexas.

**Tipo de actividades:**

Administrativas Investigación Técnicas

Docentes Asesoría Otras:

Horario de actividades: Días de trabajo: ( **~~L~~** ) ( **~~M~~** ~~)~~ ( **~~M~~** ) ~~(~~ **~~J )~~** **~~( V~~** )

**Nombre y firma del responsable del programa**

**En la Institución**

Original para el plantel, copia para la institución y para el prestador SELLO DE

LA INSTITUCIÓN

**TARJETA DE CONTROL DE SERVICIO SOCIAL**

**FSS5**

Nombre: Edad:

Sexo: Masculino Femenino

Dirección:

Calle y número colonia Ciudad y Estado

Elija un elemento.

Carrera o especialidad: No. Control:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de inicio** | **Fecha de término** | **Institución** | **Programa** | **Actividad Básica** | **Hrs. Acreditadas** | **Meses** |
| **FECHA** |  |  | **Apoyo a**  **Instituciones**  **Públicas** | Elija un elemento. |  |  |

**CONTROL DE EXPEDIENTE**

( ) Solicitud ( ) Curso de Inducción ( ) Carta de asignación

( ) Plan de trabajo ( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) Reportes bimestrales

( ) Reporte final ( ) Carta de terminación ( ) Constancia de acreditación

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORME BIMESTRAL DE ACTIVIDADES**

**FSS6**

19

Elija un elemento.

Elija un elemento.

Tala, Jalisco a de del 20

Plantel: **C.E.T.i.s. 161** Ubicación: **Juárez No. 10 Col. Luis Echeverría Álvarez. Tala, Jalisco.**

Nombre del Prestador**:**

Especialidad: Grupo:

Elija un elemento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periodo de: a

**Día mes año Día mes año**

**Programa: Apoyo a Instituciones Públicas**

**Institución:**

**Ubicación:**

**Asesor de Servicio Social:**

**Cargo:**

**INFORME DE ACTIVIDADES**

**(En caso de requerir mayor espacio, anexar las hojas necesarias)**

**Nombre y firma del prestador del servicio Nombre y firma del asesor del servicio**

Original para el plantel SELLO DE LA

Copia para la Institución y para el prestador INSTITUCIÓN

REGISTRO DE HORAS.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA** | **HORA DE ENTRADA** | **HORA DE SALIDA** | **OBSERVACIONES** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**TOTAL DE HORAS**

**Nombre del Alumno FIRMA**

**Vo. Bo. ASESOR DEL SERVICIO SOCIAL**

REGISTRO DE HORAS.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA** | **HORA DE ENTRADA** | **HORA DE SALIDA** | **OBSERVACIONES** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**TOTAL DE HORAS**

**Nombre del Alumno FIRMA**

**Vo. Bo. ASESOR DEL SERVICIO SOCIAL**

**INFORME FINAL DE ACTIVIDADES DEL SERVICIO SOCIAL**

**FSS7**

Elija un elemento.

20

Tala, Jalisco a de del 20

**Nombre del prestador:**

Carrera o especialidad: Elija un elemento. No. Control:

Periodo. Inicio:

Término

**Día mes año Día mes año**

5

Horario de a cubriendo días a la semana.

**Programa: Apoyo a Instituciones Públicas**

**Institución:**

**Ubicación:**

**Asesor de Servicio Social:**

El informe deberá tener:

1. Introducción
2. Desarrollo de actividades
3. Resultados
4. Conclusiones

**Nombre y firma del prestador del servicio Nombre y firma del asesor del servicio**

Original para el plantel SELLO DE LA

Copia para la Institución y para el prestador INSTITUCIÓN

**INFORME FINAL DE ACTIVIDADES DEL SERVICIO SOCIAL**

**FSS7**

1. **INTRODUCCIÓN:**
2. **DESARROLLO:**
3. **RESULTADOS:**
4. **CONCLUSIONES:**