San Juan del Río Qro. a [anotar día] de [anotar mes] de 2017

Ing. Edgar Hernández López

Subdirector de Planeación y Vinculación del ITSJR

Por este medio solicito [anotar cantidad] prestadores de Servicio Social para [anotar nombre del departamento] ya que contamos con programas de asistencia social y desarrollo comunitario establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo vigente que contribuyen al desarrollo económico, social y cultural de la Nación. Anoto a continuación toda la información solicitada para la autorización del programa por parte de su Comité Académico.

|  |
| --- |
| **DATOS DEL TITULAR (JEFE DE DEPARTAMENTO)** |
| Nombre |  |
| Cargo |  |
| Título Académico |  |
| **DATOS DEL RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL DEL DEPARTAMENTO** |
| Nombre  |  |
| Cargo |  |
| Título académico |  |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL PROGRAMA** |
| Si quiere registrar más de un programa, por cada uno debe de entregar una nueva solicitud. |
| Área(s) **marcar con una ✓**  | Educación para adultosProgramas de contingenciaCuidado al medio ambienteDesarrollo sustentableApoyo a la saludPromotores y/o instructores de actividades culturales, deportivas y cívicasOperación de programas especiales gubernamentalesProductivos en beneficio social que permitan el desarrollo profesional del estudiante |
| Nombre significativo de acuerdo al área (s) seleccionada (s) en el apartado anterior. |  |
| Objetivo (La redacción del objetivo deber de contestar el Que, el Cómo y el Para que) |  |
| Fecha de inicio respetar la anotada | 01 DE AGOSTO DE 2017  |
| Fecha de término respetar la anotada | 01 DE FEBRERO DE 2017 |

|  |
| --- |
| **PLAN DE TRABAJO** |
| Horario (turno matutino, turno vespertino o mixto) |  |
| Actividades que correspondan al programa y área (s).**(Máximo 8 mínimo 5)*****T****odas las actividades se considerarán que las realizará cada alumno, si no es así deberán de entregar otra solicitud como un nuevo programa.*  | 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |
| 6. |
| 7. |
| 8. |
| Cronograma de trabajo mínimo 6 meses (24 semanas) marcar con una ✓ (debe corresponder con las actividades anotadas en la sección anterior) |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Act. | **Semanas** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

 |

|  |
| --- |
| **PRESTADORES DE SERVICIO** |
| Cantidad (anotar # en los casilleros de la derecha) |  | Ingeniería industrial  |
|  | Ingeniería en sistemas computacionales |
|  | Ingeniería electrónica |
|  | Ingeniería en Gestión Empresarial |
|  | Ingeniería en Tecnologías de información y comunicaciones |
|  | Cualquier carrera |
| Requisitos o conocimientos generales  |  |
| Fecha de entrevista con los alumnos autorizados (programar del 12 al 14 de junio) |  |
| Horario de entrevista |  |
| Nombre del entrevistador |  |
| Lugar de la entrevista |  |
| Si tiene identificado algún alumno del Tecnológico anotar su nombre comenzando por apellidos, carrera y número de control.(**Posterior a la entrega de este documento ya no habrá oportunidad de anexar nuevos nombres**)***En caso de que el alumno que solicita sea requerido por otro programa externo o se tengan vacantes externas autorizadas y no sean cubiertas, se reubicará para dar la atención y cumplir con el convenio de servicio social dependencia- ITSJR.*** |  |

En espera de su atención se rubrican y sellan [anotar cantidad] hojas.

Sello Oficial

ATENTAMENTE

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

Nombre y Firma del Jefe del Departamento Nombre y firma del Responsable del programa