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 de la dependencia pública u organismo privado] 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 DE LA DEPENDENCIA** | |
|  | |
| Nombre |  |
| RFC |  |
| Tipo(pública o privada) |  |
| Tipo( matriz o sucursal) |  |
| Tamaño (micro, pequeña, mediana o grande) |  |
| Giro (industrial, comercial o servicios) |  |
| Sector económico (primario, secundario o terciario) |  |
| Actividad Económica a que se dedica |  |
| Calle y Número |  |
| Colonia |  |
| Código postal |  |
| Localidad |  |
| Municipio |  |
| Estado |  |
| Teléfono (s) |  |
| Correo electrónico |  |
| Página web |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS DEL TITULAR DE LA DEPENDENCIA** | |
| Nombre |  |
| Cargo |  |
| Título Académico |  |
| **DATOS DEL RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL** | |
| Nombre |  |
| Cargo |  |
| Título académico |  |
| **CONVENIO DE SERVICIO SOCIAL** | |
| Nombre del contacto para enviarle el archivo electrónico del convenio |  |
| Teléfono |  |
| Correo electrónico donde se enviará el archivo para su análisis y firma |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 adultos  Programas de contingencia  Cuidado al medio ambiente  Desarrollo sustentable  Apoyo a la salud  Promotores y/o instructores de actividades culturales, deportivas y cívicas  Operación de programas especiales gubernamentales  Proyectos productivos 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 (dd-mm-aaaa) a partir del 01 de agosto 2017 |  |
| Fecha de término (dd-mm-aaaa) contabilizar mínimo 6 meses a partir de la fecha de inicio (mes febrero 2018) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 espera de su atención se ***rubrican y sellan*** [anotar cantidad] hojas.

Sello Oficial

ATENTAMENTE

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

Nombre y Firma del Titular de la dependencia Nombre y firma del Responsable del programa