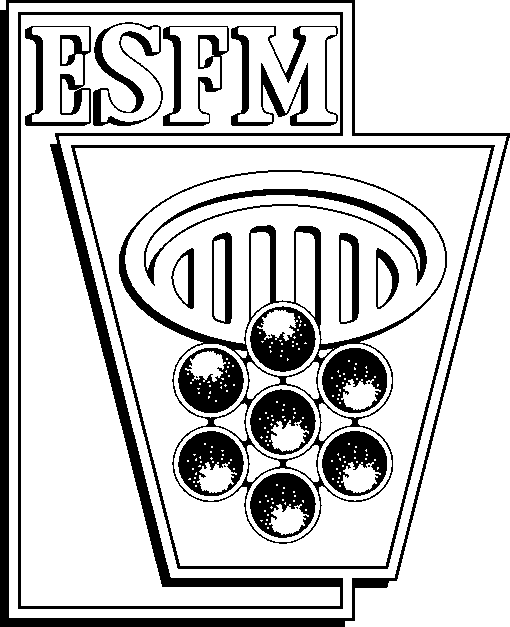
**DEPARTAMENTO DE EXTENSIÓN Y APOYOS EDUCATIVOS**

SOLICITUD DE PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del prestador** |  | | | |
| **Carrera** |  | | | |
| **Teléfono** |  | **Correo electrónico** | |  |
| **Porcentaje de créditos** |  | **Fecha de inicio** |  | |
| **Área de interés** |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Departamento** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Programa** | | | | **Clave** | |
|  | | | |  | |
| **Horario de realización del servicio social compatible al registrado** | | | | | |
| **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | | **Viernes** |
|  |  |  |  | |  |

**Fecha Firma del prestador**

**ESCUELA SUPERIOR DE FÍSICA Y MATEMÁTICAS**

SOLICITUD DE PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Departamento: | Física |  | Matemáticas |  | Nivelación Académica |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del profesor** | |  | | | | | | |
| **Nombre del proyecto de Investigación** | |  | | | | | | |
| **No. de registro de proyecto SIP o CONACYT** | |  | | | | | | |
| **Actividades a realizar por el prestador de servicio social dentro del proyecto** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Productos a entregar por el prestador al finalizar el servicio social** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Horario de realización del servicio social compatible al de la Circular 20** | | | | | | | | |
| **Lunes** | **Martes** | | **Miércoles** | | | **Jueves** | | **Viernes** |
|  |  | |  | | |  | |  |
| **Lugar de realización del servicio social** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **No. de alumnos de servicio social que ya prestan servicio social en este proyecto** | | | |  |  | |  | |
| **Fecha** | | **Firma profesor** | |

**PARA USO DE LA JEFATURA DEL DEPARTAMENTO DE FÍSICA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Observaciones | | | |
|  | | | |
| **Aprobado** | | **SI** | **NO** |
| **Prestador designado** |  | | |
| **Fecha de inicio** |  | | |
|  | | | |
| **Nombre, Firma y Sello** | | | |