**(2)**

Fecha de elaboración de la solicitud: **(1)** Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

**INFORMACIÓN DEL PRESTANTE**

**DATOS PERSONALES:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo:  | **(3)** |
| Sexo: | Elija un elemento. **(4)** | Teléfono: |  **(5)** | Celular: | **(6)** |
| Correo electrónico: | **(7)** |
| Domicilio: | **(8)** |

**DATOS ESCOLARES:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. De Control: | **(9)** | Carrera: | Elija un elemento **(10)** |
| Periodo: | Elija un elemento. **(11)** | Semestre: | Elija un elemento. **(12)** |
| No. De Créditos: | **(13)** | Idioma: | Elija un elemento. **(14)** |
| Hablas alguna lengua indígena: **(15)** Elija un elemento. | **¿Cuál?** | **(16)** |

**DATOS DE LA DEPENDENCIA:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la dependencia: | **(17)** |
| Responsable de la Dependencia: | **(18)** |
| Puesto del responsable: | **(19)** |
| Dirección de la dependencia: | **(20)** |
| Teléfono: | **(21)** |

**DATOS DEL PROGRAMA:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Programa:  | **(22)** |
| Nombre del responsable del Programa: | **(23)** |
| Fecha de inicio | **(24)** Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. | Fecha de Término | **(25)** Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. |
| Horario de servicio | **(26)** |
| Apoyo económico por parte de la dependencia: **(27)** | Elija un elemento. | Monto $ |

**TIPO DE PROGRAMA:**

**Modalidad:** **(28)** Elija un elemento.

**Dirigido a: (29)** Elija un elemento.

Nota: si la selección de opciones es otros, debe especificar a donde está dirigido su programa.

|  |  |
| --- | --- |
| **Especifique:** |  |

|  |
| --- |
| **Objetivo:**  |
| **(30)** |

|  |
| --- |
| **Actividades (funciones):**  |
| **(31)** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **(32)** |  | **(33)** |  | **(34)** |
| Nombre y firma del (de la) Representante de la Dependencia | Sello | Nombre y Firma del (de la) Responsable del Programa |  | Nombre y Firma del (de la) Jefe (a) del Departamento de Gestión Tecnológica y Vinculación del ITP |

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE SERVICIO SOCIAL:**

Aceptado: **(35)** Si ( ) No ( ) Motivo: **(36)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

|  |  |
| --- | --- |
| **NÚMERO** | **DESCRIPCIÓN** |
| 1 | **Fecha de elaboración de la solicitud:** se debe seleccionar la fecha dando clic al siguiente texto:***“Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha”***Por ejemplo: |
| 2 | **Fotografía:** colocar una foto clara, de rostro completo, sin accesorios y evitando poses.Ejemplo 1:    **Incorrecto****Correcto** |
| **DATOS PERSONALES** |
| 3 | **Nombre completo:** escribir el nombre completo del (la) estudiante que realiza el Servicio Social, empezando por apellidos paterno, materno y nombre (s). Por ejemplo:**Pérez González Juan** |
| 4 | **Sexo:** elegir de la lista la opción que corresponda: **Femenino o Masculino** |
| 5 | **Teléfono:**  Anotar un número de teléfono fijo. |
| 6 | **Celular:** Anotar un número de teléfono móvil (celular). |
| 7 | **Correo electrónico:** anotar correo electrónico institucional. Por ejemplo:**I20240000.00@puebla.tecnm.mx** |
| 8 | **Domicilio:** anotar el domicilio particular, empezando por calle, numero, colonia, código postal, municipio, ciudad y estado. Por ejemplo:**Calle Tecnológico número 25, colonia del valle, C.P. 72200, Puebla, Puebla.** |
| **DATOS ESCOLARES** |
| 9 | **Número de control:** anotar el número de control. |
| 10 | **Carrera:** seleccionar la opción en la cual se encuentra inscrito (a).Por ejemplo:**Ingeniería Industrial** |
| 11 | **Periodo:** seleccionar el periodo en el cual realiza el servicio social. Por ejemplo:**Enero - Junio** |
| 12 | **Semestre:** seleccionar el semestre en el que se encuentra realizando el servicio social. Por ejemplo:**Séptimo** |
| 13 | **No. de créditos:** colocar el número de créditos aprobados.**Nota: conforme a reglamento debe cubrir el 70% de créditos de la retícula, así como contar con liberación de los 5 créditos correspondientes a las actividades complementarias.** |
| 14 | **Idioma:** seleccionar la opción que corresponda, en caso de ser más escribirlos. |
| 15 | **Hablas alguna lengua indígena:** seleccionar la opción si o no de la lista. |
| 16 | **¿Cuál?:** anotar el nombre de la lengua indígena que hablas. Por ejemplo: **Náhuatl, Otomí, Maya , Huichol, entre otros.** |
| **DATOS DE LA DEPENDENCIA** |
| 17 | **Nombre de la dependencia:** anotar el nombre completo de la dependencia en la que se realizará el Servicio Social. |
| 18 | **Responsable de la dependencia:** anotar el nombre completo del (la) responsable de la dependencia. |
| 19 | **Puesto del responsable:** anotar el nombre del cargo del (la) responsable de la dependencia. |
| 20 | **Dirección de la dependencia:** anotar la dirección de la dependencia, empezando por calle, numero, colonia, código postal, municipio, ciudad y estado. |
| 21 | **Teléfono:**  anotar el número de teléfono de la dependencia. |
| **DATOS DEL PROGRAMA** |
| 22 | **Nombre del programa:** anotar el nombre completo del programa en el que participará durante la realización de su servicio social. |
| 23 | **Nombre del responsable del programa:** anotar el nombre de la persona responsable del programa. |
| 24 | **Fecha de inicio:** se debe seleccionar la fecha dando clic al siguiente texto:***“Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha”*** |
| 25 | **Fecha de término:** se debe seleccionar la fecha dando clic al siguiente texto:***“Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha”*** |
| 26 | **Horario de servicio:** Colocar el horario en el que realizará el servicio social.Por ejemplo:**8:00 a 12:00 horas****Nota: deben cubrir 4 horas diarias** |
| 27 | **Compensación otorgada:**Se debe seleccionar el elemento Si o No.En caso de seleccionar la palabra “SI” se debe colocar en el **monto** la cantidad que recibirá. |
| 28 | **Modalidad:** anotar si el Servicio Social se realizará dentro del Instituto Tecnológico de Puebla o fuera, para este caso se debe seleccionar la palabra “interno o externo” según corresponda. |
| 29 | **Dirigido a:** debe seleccionar un elemento de la lista que se muestra a continuación:En caso de seleccionar la opción otros, debe **especificar** a donde está dirigido el programa. |
| 30 | **Objetivo:** anotar el objetivo del programa considerando los siguientes puntos.Por ejemplo:Producir al menos tres tipos diferentes de activos de marketing a gran escala (por ejemplo, videos, folleto de ventas de una o dos páginas) por mes durante el primer trimestre. |
| 31 | **Actividades (funciones):** anotar las actividades que se realizarán durante el servicio social. |
| 32 | **Nombre y firma del (de la) Representante de la Dependencia:** colocar el nombre de la persona responsable de la dependencia, solicitar su firma y sello. |
| 33 | **Nombre y firma del (de la) Representante del programa:** deben colocar la persona que quedara como responsable del programa y solicitar su firma. |
| 34 | **Nombre y firma del (de la) jefe (a) del Departamento de Gestión Tecnológica y Vinculación del ITP:** colocar el nombre de la persona responsable del departamento de Gestión Tecnológica y Vinculación y solicitar su firma. |
| **PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE SERVICIO SOCIAL:** |
| 35 | **Aceptado:** se debe seleccionar el elemento Si o No.en caso de seleccionar en el punto anterior la palabra “NO” debe colocar el **motivo** por el cual la solicitud fue rechazada. |
| 36 | **Observaciones:** anotarlas en caso de que existan. |

**Nota: Borrar los números guía que se encuentran en paréntesis al momento de llenar el formato y así como el instructivo de llenado.**