



FORMATO DE INSCRIPCIÓN AL SERVICIO SOCIAL

FECHA

DÍA

MES

AÑO

DATOS DEL ALUMNO (A)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE (S)	
MATRÍCULA	DIVISIÓN ACADÉMICA	LICENCIATURA	TRIMESTRE
TELÉFONO/CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO		
* PUESTO DESEMPEÑADO			

DATOS DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE EFECTUARÁ O ACREDITARÁ EL SERVICIO SOCIAL

INSTITUCIÓN	
ÁREA	DEPARTAMENTO
NOMBRE DEL PROGRAMA O PROYECTO	
ACUERDO Y/O CLAVE	ENTIDAD FEDERATIVA

VINCULACIÓN CON LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE SU PERFIL PROFESIONAL

--

PERIODO DE REALIZACIÓN DE 6 MESES

FECHA:	INICIO	TÉRMINO
--------	--------	---------

NOMBRE DEL ALUMNO (A)

NOMBRE Y FIRMA

RESPONSABLE DE LAS ACTIVIDADES DE
SERVICIO SOCIAL DEL ALUMNO (A)
EN LA INSTITUCIÓN EXTERNA

NOMBRE Y FIRMA

TUTOR (A) ACADÉMICO (A) DEL
ALUMNO (A) EN LA UAM-C

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE DEL ASESOR (A)
Y/O COORDINADOR (A) DE
LA LICENCIATURA

NOMBRE Y FIRMA

INSCRIPCIÓN AL
SERVICIO SOCIAL DE
LA UAM-C

SELLO

* LLENAR EN CASO DE SER TRABAJADOR DE LA FEDERACIÓN