

FORMATO PARA TRAMITE DE OFICIO DE PRESENTACION DE
SERVICIO SOCIAL Y PRACTICAS PROFESIONALES

1.- DATOS DEL ALUMMNO

NOMBRE:	
CARRERA: () ASDI () EMEC () INFO () MECA	FECHA DE SOLICITUD:
MATRICULA:	GRUPO:

2.- EMPRESA

Nombre o razón social de la empresa y/o dependencia publica, donde se realiza el Servicio Social o Prácticas Profesionales:	
R.F.C.	TIPO: Publica () Privada ()
<p>Rama:</p> <input type="checkbox"/> Agricultura, ganadería, aprovechamiento forestal, pesca y caza. <input type="checkbox"/> Electricidad, agua y suministro de gas por ductos al consumidor final. <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Información en medios masivos <input type="checkbox"/> Servicios financieros y de seguros <input type="checkbox"/> Servicios inmobiliarios y de alquiler de bienes muebles e intangibles <input type="checkbox"/> Servicios profesionales, científicos y técnicos <input type="checkbox"/> Dirección de corporativos y empresas <input type="checkbox"/> Servicio de apoyo a los negocios y manejo de desechos y servicios de remediación	<input type="checkbox"/> Minería <input type="checkbox"/> Servicios educativos <input type="checkbox"/> Servicios de salud y de asistencia social <input type="checkbox"/> Servicio de esparcimiento culturales y deportivos, y otros servicios recreativos <input type="checkbox"/> Servicios de alojamiento temporal y de preparación de alimentos y bebidas <input type="checkbox"/> Otros servicios excepto actividades del gobierno <input type="checkbox"/> Actividades de Gobierno y de organismos internacionales y extraterritoriales <input type="checkbox"/> Comercio al por mayor <input type="checkbox"/> Comercio al por menor <input type="checkbox"/> Industrias manufactureras <input type="checkbox"/> Transportes, correos y almacenamiento
DOMICILIO:	C.P.:
COLONIA :	LOCALIDAD:
MUNICIPIO:	ENTIDAD FEDERATIVA:
TELEFONO 1:	TELEFONO 2:

3.- ASESOR

NOMBRE:	TELEFONO:
CARGO:	CELULAR:
CORREO ELECTRONICO:	

4.- DESCRIPCION DE PROGRAMA

TIPO DE SERVICIO: () SERVICIO SOCIAL	() PRACTICAS PROFESIONALES
ACTIVIDADES A REALIZAR:	
FECHA DE INICIO:	FECHA DE TERMINO:
_____	_____
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE INMEDIARTO	NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

SELLO DE LA EMPRESA