**SOLICITUD DE SERVICIO SOCIAL**

INSERTAR FOTOGRAFÍA

1. **Datos Personales:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del prestador del Servicio Social: | |  |  | |  | | |
| *Apellido paterno* | *Apellido materno* | | *Nombre(s)* | | |
| Domicilio particular: |  | | | | | |  |
|  | *Calle* | | | | | | *Núm.* |
|  |  | | | | | |  |
| Colonia y localidad: |  | | | Teléfono: | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Edad: |  | Sexo: | **M( )F( )** |
| Correo electrónico : | |  | |

1. **Escolaridad:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Especialidad o Carrera: |  | Semestre: | **5°** |

|  |  |
| --- | --- |
| Turno: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Créditos aprobados: | **70%** | Número de Control: |  |

1. **Datos para la prestación del Servicio Social:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Periodo de inicio: |  | **21 DE SEPTIEMBRE 2020** |  | Término: |  | **21 DE marzo 2021** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Deseo prestar mi Servicio Social en: | **SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE ESTADO DE VERACRUZ** |
|  | *Dependencia Oficial U Organismo* |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y cargo de la Persona a quien se le dirige el Oficio: | **Dr. Gonzalo Ortega Pineda**  **Director General de Vinculación Social** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dirección: | **Calle Francisco I. Madero, N.° 3, Colonia Centro, C.P. 91000, en la Ciudad de** | Teléfono: | **228 817 7588** |
| Correo: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Programa: | **PROGRAMA DE PROMOTRES AMBIENTALES** |

|  |  |
| --- | --- |
| Actividad Básica: | **capacitación ambiental de manera VIRTUAL** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Localidad y oficina: | **Xalapa-Enríquez, Veracruz** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Áreas: | **( X ) URBANA** | **( ) suburbana** | **( ) rural** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lugar y Fecha: | **Coatepec, Ver; a** |  | **de** | **SEPTIEMBRE** | **de 20** | **20** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *Firma del alumno prestante de servicio social* |  | *Vo. Bo. Oficina De Servicio Social* |