



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ZACATECAS
UNIDAD ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA
COORDINACIÓN DE VINCULACIÓN Y EXTENSIÓN



**FORMATO DE SOLICITUD E IDENTIFICACIÓN
DE SERVICIO SOCIAL (SS)**

Número de Expediente	Fecha

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Nombre		
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Edad
Domicilio	Colonia	C. P.
Localidad	Municipio	
Estado	Teléfono	
No. de Matricula	Correo Electrónico	
Nombre, Dirección y Teléfono del Familiar o Conocido		
Además de estudiar, Trabajas?	Lugar	Teléfono
Si No		

DATOS ESCOLARES

Año de ingreso a la Escuela		Semestre Actual o Año de Egreso	
Grupo y Área		Promedio Actual	
Regular	Materia(s) que Adeudas		
Si No			

DATOS DE LA INSTITUCIÓN EN LA QUE PRESTARÁ SU SERVICIO SOCIAL

Nombre de la dependencia		
Departamento o Área donde va a Realizar su Servicio Social		
Calle y número	Colonia	C.P.
Localidad	Municipio	
Estado	Teléfono	
Nombre y Perfil del Director(a) de la institución donde prestará su Servicio Social		
Nombre, Perfil y Puesto del Responsable del Servicio Social en la Dependencia		

Síntesis del proyecto psicológico que desarrollará durante su Servicio Social

DATOS DEL SERVICIO SOCIAL

Probable Fecha de Inicio	Probable Fecha de Terminación
Turno en que Estudia	Horario y días en que prestará su S.S.
Nombre del docente de la Unidad Académica de Psicología que fungirá como asesor de su Servicio Social	

Firma del Prestador de Servicio Social

Firma del Asesor de la Unidad Académica de Psicología