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

FORMATO DE SOLICITUD E IDENTIFICACIÓN DE EXTENSIÓN DE SERVICIO SOCIAL (PRÁCTICAS PROFESIONALES PARA TITULACIÓN).

|  |
| --- |
| FECHA |
|  |

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

|  |
| --- |
| **Nombre** |
|  |
| **No. de Matrícula**  | **Fecha de Nacimiento** | **Edad** |
|  |  |  |
| **Lugar de Nacimiento** | **Domicilio** |
|  |  |
| **Colonia** | **Localidad** | **C.P.** |
|  |  |  |
| **Municipio** | **Estado** |
|  |  |
| **Teléfono** | **Correo Electrónico** |
|  |  |
| **Nombre, Dirección y Teléfono del Familiar o Conocido** |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Trabaja** | **Lugar** | **Teléfono** |
| Si | No |  |  |

DATOS ESCOLARES

|  |  |
| --- | --- |
| **Año de ingreso a la Escuela** | **Semestre Actual o Año de Egreso** |
|  |  |
| **Grupo y Área** | **Promedio Actual** |
|  |  |

DATOS DE LA INSTITUCIÓN EN LA QUE REALIZARÁ SU EXTENSIÓN DE SERVICIO SOCIAL.

|  |
| --- |
| **Nombre de la dependencia** |
|  |
| **Departamento o Área donde va a Realizar su Extensión.** |
|  |
| **Calle y número** | **Colonia** | **C.P** |
|  |  |  |
| **Localidad** | **Municipio** |
|  |  |
| **Estado** | **Teléfono** |
|  |  |
| **Perfil y nombre del director(a) de la Institución donde realizará su Extensión.** |
|  |
| **Perfil, nombre y puesto del responsable de su Extensión en la dependencia.** |
|  |

|  |
| --- |
| **Actividades a desarrollar durante su Extensión de Servicio Social (Prácticas Profesionales para Titulación)** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nombre y Firma del Asesor de la Unidad Académica de Psicología | Firma del Prestador de Extensión de Servicio Social |