

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE ZACATECAS UNIDAD ACADEMICA DE PSICOLOGÍA COORDINACIÓN DE VINCULACIÓN Y EXTENSIÓN

FORMATO DE SOLICITUD E IDENTIFICACIÓN DE SERVICIO SOCIAL (SS)

|  |
| --- |
| **Fecha** |
|  |

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

e

|  |
| --- |
| **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

a

d

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

DATOS DE LA INSTITUCIÓN EN LA QUE PRESTARA SU SERVICIO SOCIAL

Firma del Asesor de la Unidad Académica de Psicología

Firma del Prestador de 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 prestara su Servicio Social** |
|  |
| **Nombre, Perfil y Puesto del Responsable del Servicio Social en la Dependencia** |
|  |

|  |
| --- |
| **Síntesis del proyecto psicológico que desarrollara durante su Servicio Social** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

DATOS DEL SERVICIO SOCIAL

|  |  |
| --- | --- |
| **Probable Fecha de Inicio** | **Probable Fecha de Termino** |
|  |  |
| **Turno en que Estudia** | **Horario y días en que prestara su S.S.** |
|  |  |
| **Nombre del docente de la Unidad Académica de Psicología que fungirá como asesor de su Servicio Social** |
|  |