Mixquiahuala de Juárez, Hidalgo, \_\_\_de \_\_\_\_\_de 2024.

ASUNTO **ASUNTO: SOLICITUD DE SERVICIO SOCIAL**.

No. DE SOLICITUD (Asignado por R.P. y S.S.)

LIC. CARMEN ROJO MONROY:

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE RESIDENCIAS PROFESIONALES Y SERVICIO SOCIAL

Quien suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con número de matrícula\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del Programa Educativo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con 70% de créditos aprobados de conformidad al Lineamiento de Operación y Acreditación del TecNM para la operación y acreditación del Servicio Social, y, toda vez que cumplo con los requisitos para realizar el proceso de Servicio Social en el periodo del junio - diciembre de 2024; solicito a Usted me sea expedida la “Carta de presentación”, conforme a la ficha de identificación siguiente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FICHA DE IDENTIFICACIÓN | | |
| I) DATOS DEL ESTUDIANTE: | | |
| I.1) Programa Educativo: |  | |
| I.2) Matrícula: |  | |
| I.3) Nombre completo: |  | |
| I.4) Domicilio completo: |  | |
|  | (Calle, número ext. número int., Colonia, Municipio, Estado. C.P.) |  |
| I.5) Correo electrónico: |  | |
| I.6) Teléfono celular: | Tel. fijo: | |
| I.7) No. de afiliación IMSS: |  | |
| I.8) ) No. de póliza de seguro “ ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO” THONA SEGUROS : | AP-TEC-219-05 VIGENCIA: 01/01/2024 AL 31/12/2024 | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| II) DATOS DE LA EMPRESA, ORGANISMO O DEPENDENCIA | | | |
| II.1) Razón Social: |  | | |
| II.2) Domicilio completo: | | | |
| (Calle, número ext. número int., Colonia, Municipio, Estado. C.P.) | | | |
| II.3) Registro Federal de Contribuyentes: | |  | |
| II.4) Giro o actividad principal de la empresa: | |  |  |
| II.5) Teléfono fijo: | |  | |
| II.6) Redes Sociales: | |  | |
| II.7) Correo electrónico: | |  | |
| II.8) Grado académico del Titular : | |  | |
| II.9) Nombre completo del Titular : | |  | |
| II.10) Cargo de Titular: | |  | |
| II.11) Nombre completo del contacto: | |  |  |
| II.12) Cargo del contacto: | |  |  |
| II.11) Teléfono celular del Titular o contacto: | |  | |
| II.12) Correo del Titular o contacto: | |  | |
| III) DATOS DEL PROGRAMA | | | |
| II.1) Programa del catálogo publicado en la página oficial del ITSOEH: | | | SI ( ) NO ( ) |
| II.2) Nombre del programa: | |  | |

**NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL ESTUDIANTE**