

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |
|  |
|  |
| **La información debe ser proporcionada únicamente por la instancia responsable de ejecutar el Programa de Servicio Social que****desea registrarse ante la Dirección General de Profesiones** |

FECHA:

CLAVE DEL PROGRAMA: PROCEDENCIA:

**DATOS DE INSTITUCIÓN PRESTATARIA**

|  |
| --- |
| INSTITUCIÓN PRESTATARIA:  |
| DOMICILIO (COMPLETO): |
| TELÉFONO: | CORREO: |

**DATOS GENERALES DEL PROYECTO**

(Todos los campos son obligatorios, la información debe ser clara, precisa y breve)

|  |
| --- |
| NOMBRE DEL PROYECTO:  |
| DESCRIPCIÓN GENERAL:  |
| OBJETIVO GENERAL:  |
| OBJETIVO(S) ESPECÍFICO(S):1)…., 2)…3)….. |
| DURACIÓN (Máximo 24 meses): Meses |  |

**REQUISITOS (Enviar al correo servici****o.social@itsoeh.edu.mx)**

1) COMPROBANTE DE DOMICILIO (Antigüedad no mayor a dos meses)

2) CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL ACTUALIZADA (Antigüedad no mayor a un mes)

3) CURP (Persona moral: De Representante Legal. Persona física: De propietario)

4) Escritura Constitutiva o Decreto de creación (Únicamente persona moral)

5) INE (Persona moral: De Representante Legal. Persona física: De propietario)

6) Oficio que nombra al responsable de liberar el S.S. y dar a conocer la firma autorizada (Consultar formato)

7) Hoja membretada (Con leyenda de “CANCELADO”)

|  |
| --- |
| BENEFICIO E IMPACTO SOCIAL:  |
| ÁREA DE ADSCRIPCIÓN:  |
| **REQUERIMIENTO Y ACTIVIDADES POR PERFIL** |
| CANTIDAD | PERFIL PROFESIONAL | ACTIVIDADES A REALIZAR (Mínimo 5 actividades) |
|  |  | 1) |
| 2) |
| 3) |
| 4) |
| 5) |
|  |  | 1) |
| 2) |
| 3) |
| 4) |
| 5) |

(Si lo requiere puede adicionar más perfiles. Favor de considerar únicamente los programas educativos de ITSOEH).

RESPONSABLE DEL PROGRAMA AUTORIZÓ RECIBIÓ

**NOMBRE, CARGO Y FIRMA DE**

**QUIEN ELABORA NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL**

**RESPONSABLE DEL PROGRAMA**

**LIC. CARMEN ROJO MONROY**

**DEPTO. DE RESIDENCIAS PROFESIONALES Y SERVICIO SOCIAL**