



REGISTRO DE ALUMNOS PARA SERVICIO SOCIAL - PRÁCTICAS PROFESIONALES

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE COMPLETO:	
EDAD:	EDAD:
DIRECCIÓN:	
CEL:	CEL:
EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR A:	
PARENTESCO:	
TELÉFONO:	TELÉFONO:

DATOS DE LA ESCUELA

INSTITUCIÓN:		
CARRERA:	SEMESTRE:	PASANTE:
DATOS DE SUPERVISOR EN TU UNIVERSIDAD		
NOMBRE:	CARGO:	
CORREO:	TELÉFONO:	

DATOS COMPLEMENTARIOS

FECHA DE INICIO:	TERMINACIÓN:	
TOTAL DE HORAS:	PRESENCIAL:	REMOTO:
HORARIO:		
COORDINACIÓN ASIGNADA:		
SUPERVISOR:		

ME COMPROMETO A CUMPLIR CON ESTE SERVICIO SOCIAL / PRÁCTICAS PROFESIONALES CONFORME A LO ESTABLECIDO POR EL PROGRAMA ESCOLAR Y LA INSTITUCIÓN Y DE ACUERDO A LOS CONVENIOS Y POLÍTICAS ESTIPULADAS ENTRE AMBAS INSTITUCIONES.

Tijuana B.C. a _____ De _____, 20__

SUPERVISOR

ALUMNO

**DIRECTOR DEL
DEPARTAMENTO**

