GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

TEST TIANGUISTENCO

# SOLICITUD - REGISTRO/AUTORIZACIÓN

## I. DATOS DEL PRESTADOR E INSTITUCIÓN EDUCATIVA

1.- Fecha: _____ No. de Registro Estatal de Servicio Social: _____

2.- Nombre: _____

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Correo Electrónico: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

3.- Carrera: _____

4.- Porcentaje de créditos cubiertos a la fecha: _____ % _____ Promedio : _____

## II. DATOS DE LA ENTIDAD RECEPTORA

5.- Nombre de la Entidad Receptora _____

Federal ☐ Estatal ☐ Municipal ☐ O N G ☐ I.E. ☐ I.P. ☐

6.- Unidad Administrativa Responsable: _____

7.- Domicilio de la Unidad Administrativa Responsable: _____

8.- Municipio: _____ Teléfono: _____

9.- Funcionario responsable del programa y cargo: _____

10.- Programa en el que participará el prestador: Salud ☐ Educación, arte, cultura y deporte ☐ Alimentación y Nutrición ☐

Vivienda ☐ Empleo y capacitación para el trabajo ☐ Apoyo a proyectos productivos ☐

Grupos vulnerables con capacidades diferentes, infantes y tercera edad ☐ Gobierno, justicia y seguridad pública ☐

Pueblos indígenas ☐ Derechos humanos ☐ Política y planeación económica y social ☐

Infraestructura hidráulica y de saneamiento ☐ Comercio, abasto y almacenamiento de productos básicos ☐

Asistencia y seguridad social ☐ Medio ambiente ☐ Desarrollo urbano ☐ Desarrollo Tecnológico ☐

11.- Actividades que desarrollará el prestador: _____

En que horario: Lunes a Viernes ☐ Sábado, Domingo, Días Festivos ☐

de _____ am pm de _____ a _____

12.- Período de Prestación: del: _____ _____ _____ al: _____ _____ _____

Día Mes Año Día Mes Año

13.- Horas de duración del programa o proyecto: 480 horas: ☐ Otras _____

**Por la Entidad Receptora**

**Nombre y firma del Prestador**

**Por la Instituciòn Educativa**

**ESTE FORMATO DEBERÁ SER LLENADO A MÁQUINA** **TRAMITE GRATUITO**