**INSTITUTO TECNOLÓGICO DE TIJUANA**

|  |
| --- |
| DEPARTAMENTO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN  OFICINA DE SERVICIO SOCIAL Y DESARROLLO COMUNITARIO |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DEPENDENCIA RECEPTORA (1):        SECTOR AL QUE PERTENECE LA DEPENDENCIA (2): | | |
| NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA DEPENDENCIA (3): | | |
| DEPARTAMENTO, ÁREA U OFICINA (4): | | |
| NOMBRE DE JEFE DEPTO., ÁREA, OFICINA (5):       ASESOR DIRECTO DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL (6): | | |
| DATOS GENERALES DEL AREA Y ASESOR DIRECTO, DONDE COLABORA PARA SERVICIO SOCIAL:  CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL (7):        CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL (8):  DIRECCIÓN DE DEPENDENCIA (9):       TELÉFONO (10): | | |
| MARCAR LA CASILLA DE**L** NIVEL AL QUE PERTENECE LA DEPENDENCIA:  **(F)** FEDERAL **(E)** ESTADO **(M)** MUNICIPAL **(ISF)** INST. SUPERIOR FEDERAL **(C)** COMUNITARIO **(IMF)** INST. MEDIA FEDERAL **(IME)** INST. MEDIA ESTADO **(IBM)** INST. BÁSICA MUNICIPAL **(IBE)** INST. BÁSICA ESTADO **(IBF)** INST. BÁSICA ESTADO **(IME)** INST. MEDIA ESTADO | | |
| NOMBRE DEL PROGRAMA (11):       **NOTA:** SE DEBE LLENAR UN FORMATO POR CADA PROGRAMA | | |
| OBJETIVO (12): | | |
| ACTIVIDADES (13):       **HOJA ANEXA.** | | |
| TURNOS (14):  No. DE ESTUDIANTES (15):        CARRERA (16): | | |
| VIGENCIA DEL PROGRAMA: 6 MESES FECHA DE SOLICITUD (17): SELECCIONE AQUÍ. | | |
| **ASESOR DIRECTO DEL PROGRAMA:**  NOMBRE (18):      CARGO (19):    FIRMA (20) | **SELLO DE LA DEPENDENCIA** (21): | **JEFE DEL DEL DEPTO. O ÁREA:**  NOMBRE (22):       CARGO (23):    FIRMA (24) |

PROGRAMA DE PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL UNIDAD RECEPTORA **EXTERNA**

NOTA: **ESTE DOCUMENTO DEBERÁ TRAER SELLO Y FIRMAS ORIGINALES. NO UTILIZANDO FACSÍMIL, ABREVIATURAS NI ENMENDADURAS. LOS PROGRAMAS TENDRÁN VIGENCIA DE 6 DE MESES.**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO A COMPUTADORA (INDISPENSABLE)**

|  |  |
| --- | --- |
| NÚMERO | DESCRIPCIÓN |
| 1 | Anotar el nombre completo de la Dependencia o Institución receptora |
| 2 | Seleccionar el sector al que pertenece la Dependencia |
| 3 | Anotar el nombre del responsable, Director Gral., Coord, Jefe, (etc) de la Dependencia. |
| 4 | Anotar el nombre del depto., área, oficina o coordinación donde se realizará el S.S. |
| 5 | Anotar el nombre del jefe o responsable de área, oficina donde se realizará el S.S. |
| 6 | Anotar el nombre del asesor directo del programa de servicio social del depto., área, oficina. |
| 7 | Anotar el correo electrónico institucional del depto., área, oficina o coordinación. |
| 8 | Anotar el correo electrónico personal |
| 9 | Anotar la dirección de la Dependencia |
| 10 | Anotar el teléfono de la Dependencia |
| 11 | Anotar el nombre del programa que realizará como servicio social |
| 12 | Anotar el objetivo para el cual fue solicitado el servicio social |
| 13 | Anotar (hoja anexa) todas las actividades a realizar en dicho programa |
| 14 | Anotar el turno que los requieren (matutino/vespertino) |
| 15 | Anotar cuantos estudiantes requiere |
| 16 | Seleccionar cuál es la carrera del prestador del servicio social |
| 17 | Seleccionar la fecha de solicitud. Un día antes de la fecha de inicio. |
| 18 | Anotar el nombre del asesor directo del programa de Servicio Social. |
| 19 | Anotar el cargo del asesor directo del programa de Servicio Social. |
| 20 | Firma del Asesor directo del programa. (Puede ser digital o físico) |
| 21 | Sello de la unidad receptora. (Puede ser digital o físico) |
| 22 | Nombre del Jefe de Departamento, área u oficina. |
| 23 | Anotar el nombre del depto., área u oficina. |
| 24 | Anotar el nombre del depto., área, oficina o coordinación. |