Formato diseñado con fundamento en el artículo 12 del Reglamento de Servicio Social de la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo.

Este formato debe ser llenado EXCLUSIVAMENTE a computadora y capturar TODOS los campos de información adecuadamente. Así mismo, éste debe ser entregado en el Área de Servicio Social con las firmas y sellos correspondientes., junto con la documentación soporte, afín de verificar el cumplimiento de los requisitos, y en su caso autorizar el inicio del Servicio Social. Para efectos del Servicio Social de los estudiantes de las licenciaturas NO ESCOLARIZADAS, la documentación será entregada de manera digital.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA DEL SERVICIO SOCIAL** | | | | |
| **Nombre:** |  | | | |
| **Titular :** |  | | **Teléfono:** |  |
|  |  | |  |  |
| **Dirección (domicilio):** |  | | | |
| **Convenio firmado:** | Si  No  Servicio Social a realizar en UQROO |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL PROGRAMA DEL ACTIVIDADES DE SERVICIO SOCIAL** | | | | | |
| **Nombre:** |  | | | | |
| **Responsable:** |  | | | | |
| **Cargo del Responsable:** |  | | | | |
| **Área o Departamento:** |  | | | | |
| **Dirección (domicilio):** |  | | | | |
| **Teléfono:** |  | **Ext.** |  | **Correo:** |  |
| **Modalidad:** |  | **(A distancia/Presencial)** | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PERIODO DE REALIZACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL** | | | |
| **Fecha de Inicio:** |  | **Fecha de Término:** |  |
| **Días de realización:** |  | **Horario:** |  |

|  |
| --- |
| **OBSERVACIONES** |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL (DE LA) ESTUDIANTE PRESTADOR(A) DE SERVICIO SOCIAL** | | | | | | | | |
| **Nombre:** |  | | | | | | **Matrícula:** |  |
| **Licenciatura:** | Elija un elemento. | | | **Estatus:** | Elija un elemento. | | **Cuatrimestre:** |  |
|  |  | | |  |  | |  |  |
| **Créditos Cursados Válidos del Plan:** | |  | **Horario de Clase:** |  | | **Tipo de Servicio Médico:** | |  |
| **Correo electrónico (No Universitario):** | |  |  |  | | **Celular:** | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **Nombre, firma del responsable del Programa de Actividades en la Institución Receptora** | **Nombre, firma del responsable/jefe(a) de departamento del Programa Educativo en el campus UQROO** | **Firma del (de la) Estudiante** | **Área de Servicio Social en el Campus** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS PARA INICIAR EL SERVICIO SOCIAL**  **(Espacio para uso EXCLUSIVO del Área de Servicio Social de la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo para llenar a puño y letra)** | | | | |
| **Cumple con TODOS los requisitos:** | Si  No | **Requisito(s) que incumple:** | Porcentaje de créditos  Estatus Académico Activo(a) o Egresado(a) | Convenio de Servicio Social vigente  Servicio Médico Vigente |
| **Modalidad de Servicio Social:** | Obligatorio  Voluntario | | **Servicio Social Autorizado:** | Si  No |
| **Fecha de Inicio Autorizada:** |  | | **Fecha de Término Autorizada:** |  |