**DEPARTAMENTO DE EXTENSIÓN Y APOYOS EDUCATIVOS**

SOLICITUD DE PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del prestador** |  |
| **Carrera** |  |
| **Teléfono** |  | **Correo electrónico** |  |
| **Porcentaje de créditos** |  | **Fecha de inicio** |  |
| **Área de interés** |  |

|  |
| --- |
| **Departamento** |
|  |
| **Programa** | **Clave** |
|  |  |
| **Horario de realización del servicio social compatible al registrado** |
| **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** |
|  |  |  |  |  |

**Fecha Firma del prestador**

INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL

**ESCUELA SUPERIOR DE FÍSICA Y MATEMÁTICAS DEPARTAMENTO DE EXTENSIÓN Y APOYOS EDUCATIVOS SOLICITUD DE PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del prestador** |  |
| **Carrera** |  |
| **Teléfono** |  | **Correo electrónico** |  |
| **Porcentaje de créditos** |  | **Fecha de inicio** |  |
| **Área de interés** |  |

|  |
| --- |
| **Departamento** |
|  |
| **Programa** | **Clave** |
|  |  |
| **Horario de realización del servicio social compatible al registrado** |
| **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** |
|  |  |  |  |  |

**Fecha Firma del prestador**

**ESCUELA SUPERIOR DE FÍSICA Y MATEMÁTICAS DEPARTAMENTO DE FÍSICA**

SOLICITUD DE PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del profesor** |  |
| **Nombre del proyecto de Investigación** |  |
| **No. de registro de proyecto SIP o CONACYT** |  |
| **Actividades a realizar por el prestador de servicio social dentro del proyecto** |
|  |
| **Productos a entregar por el prestador al finalizar el servicio social** |
|  |
| **Horario de realización del servicio social compatible al de la Circular 20** |
| **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** |
|  |  |  |  |  |
| **Lugar de realización del servicio social** |
|  |
| **No. de alumnos de servicio social que ya prestan servicio social en este proyecto** |  |  |  |
| **Fecha** | **Firma profesor** |

**PARA USO DE LA JEFATURA DEL DEPARTAMENTO DE FÍSICA**

|  |
| --- |
| Observaciones |
|  |
| **Aprobado** | **SI** | **NO** |
| **Prestador designado** |  |
| **Fecha de inicio** |  |
|  |
| **Nombre, Firma y Sello** |