

**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE MISANTLA
SOLICITUD DE PRESTANTES DE SERVICIO SOCIAL**

DE LA DEPENDENCIA Y PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL:

Nombre de la Dependencia: _____

Domicilio: _____

Localidad _____ Municipio _____

Responsable de la Dependencia: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Área o Departamento que solicita al prestante: _____

Nombre del Programa: _____

Número de personas beneficiadas por el programa _____

Objetivo:

Actividades:

DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL

Especialidad o perfil profesional: _____

Número de estudiantes: _____

Compensación económica: No _____ Si _____ \$ _____

Misantla, Ver. a _____ de _____ del año _____ .

Nombre y Firma del
Responsable Directo del
Programa

Sello de la
Dependencia

Nombre y Firma del
Responsable de la
Dependencia

Vo.Bo. de la Oficina
de Servicio Social