**RPGSS02,C**

1. DATOS DE PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL

|  |
| --- |
| Nombre: E-mail:Sexo: ( ) M ( ) F Tiene alguna discapacidad: ( )NO ( )SI Especifique: Semestre: Matrícula: Carrera: Tel: Domicilio:  |

II. DATOS DE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA DEL SERVICIO SOCIAL

|  |
| --- |
| Nombre de la Institución: Ubicación: Teléfono(s): E-mail: |

III. DATOS DEL PROGRAMA EN EL QUE PARTICIPARÁ EL ALUMNO

|  |
| --- |
| Nombre: Sector: ( ) Federal ( ) Estatal ( ) Social  ( ) Educación superior ( ) Descentralizado ( ) PrivadoResponsable del programa: Actividades que desarrollará el prestador:  |

IV. DATOS DE LA COORDINACIÓN

|  |
| --- |
| Periodo de prestación del al de 20 . Servicio Social: ( ) Universitario ( ) PasanteDuración del servicio social: horas.Se proporcionará estímulo económico: ( ) Si ( ) No  |

**Nota: Entregar acuse dentro de los primeros diez días hábiles de su emisión.**

 Durango, Dgo., a de del 20 .

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C. DIRECTOR DE LA U. A.   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C. PRESTADOR DEL SERVICIO SOCIAL C. RESPONSABLE DEL PROGRAMA |