**SOLICITUD PARA REALIZAR SERVICIO SOCIAL (FSS 1)**

DATOS DE LA INSTITUCIÓN PARA ELABORAR CARTA DE PRESENTACIÓN

Nombre de la Institución **Centro de Bachillerato Tecnológico industrial y de servicios No. 046**

Nombre a quién se dirige la carta **Ing. Amadeo Carvajal Orta**

Puesto que ocupa **Director del plantel**

Con atención a quién **n/a**

Puesto que ocupa **n/a**

Domicilio de la Institución **Calle Manuel de la Peña y Peña no. 500, Fracc. CECyT, C.P. 79098**

Teléfono **4813821553** horario autorizado **A contra turno, ejemplo: (vesp, 10:00-14:00 hrs) o (mat, 14:00-18:00 hrs)**

Fecha de inicio: **03 de agosto de 2020** Fecha de terminación: **08 de febrero de 2021**

Fecha de inicio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Grupo **\_\_\_\_\_\_** especialidad **Técnico en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

No. de control: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** generación **2018 - 2021**

No. De afiliación **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** IMSS ( ) ISSSTE ( ) OTROS ( )

Nombre y firma del Padre o Tutor **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (firma tinta azul)

Vo. Bo.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del director y/o jefe de la institución

 donde el alumno realizará su servicio social