



Subdirección de Recursos Humanos
Formato de Alta para Servicio Social o Prácticas Profesionales.

Fotografía

Servicio Social Prácticas Profesionales

Fecha de emisión de requisición: _____

Fecha de recepción de documentos: _____

Información del prestador.

Nombre: _____

Edad: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Domicilio: _____

Institución Educativa de procedencia: _____

Horario	Hora de entrada: ____ : ____ Hora de salida: ____ : ____
----------------	---

Periodo	Fecha de inicio: ____ / ____ / ____ Fecha de término: ____ / ____ / ____
----------------	---

Formación Profesional: _____

Total de horas a cubrir: _____ Periodo a cubrir: _____

Datos del padre, tutor o responsable.

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Para ser llenado por la Dependencia solicitante:

Dirección: _____

Subdirección, Departamento, Coordinación o Unidad: _____

Nombre del titular directo: _____

Cargo del titular directo: _____

Actividades a desarrollar: _____

Objetivo de la prestación de Servicio Social o Prácticas Profesionales: _____

Nombre y firma del prestador de
Servicio Social

Nombre firma y sello del Titular
de la Dependencia

L.C.F. Martha Mónica Vázquez Padrón
Directora de Administración.
H. Ayuntamiento Constitucional de Cuautitlán Izcalli.