**SOLICITUD DE OFICIO DE PRESENTACIÓN**

**PARA REALIZAR EL SERVICIO SOCIAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo alumno: |  |
| Licenciatura: |  |
| Tipo de servicio:  Interno-convocatoria / Externo |  |
| Sede o subsede: |  |
| Semestre y Grupo: |  |
| Número de matrícula: |  |
| Número de celular: |  |
| Correo electrónico |  |

**INSTITUCIÓN RECEPTORA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la Institución:  Nombre completo |  |
| Nombre director:  Nombre completo y grado académico |  |
| Nombre responsable  del programa:  Nombre completo y grado académico |  |
| Dirección:  Institución Receptora |  |
| Teléfono: |  |
| Correo electrónico: |  |

La Paz, B.C.S. a \_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_.