|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lugar  | **(1)** |  |  | Fecha: | **(2)** |  |
|  |  |  |  | Periodo de realización: | **(3)** |  Enero-Junio Agosto-Diciembre  |
| **NOMBRE DE LA EMPRESA/INSTITUCIÓN: (4)** |  | Nombre: | Área/Departamento: |
| **R.F.C.: (5)** |  |  |
| **NOMBRE DEL PROGRAMA: (6)** |  |    |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ACTIVIDADES: (7)** |  | 1).- 2.-3).-  |

**Datos de contacto: (8)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Número de prestantes: (9)** |  |

  |
| **E-MAIL:** |
| **TELÉFONO Y EXTENSIÓN ( no celular):** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Horario: (10)** |  |
| **Otros: (11)**  |  |

 |

**Datos de la empresa:**

|  |  |
| --- | --- |
| Sector productivo: **(12)** |  Primario ( ) Secundario ( ) Terciario ( )  |
| Origen de capital: **(13)** |  Público ( ) Privado ( ) Social ( ) Educativo ( solo ITC) ( )  |
| Domicilio: **(14)** |  |
| Ciudad: **(15)** |  |
| Nombre del Titular de la empresa: **(16)** |  | Puesto: **(17)** |  |
| Nombre del responsable del programa: **(18)** |  | Puesto: **(19)** |  |

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

Firma de titular **(20)**

|  |
| --- |
| **INSTRUCTIVO:** |
| Número | Descripción |
| 1 | Ciudad y estado en que se elabora la solicitud. |
| 2 | Fecha de elaboración. |
| 3 | Marcar con una X el periodo escolar en el que iniciará actividades el alumno dentro de la empresa.  |
| 4 | Nombre completo de la institución/empresa.  |
| 5 | Registro Federal de Causantes ante la SHCP de la empresa/institución.  |
| 6 | Nombre oficial que asigna la empresa al programa que desarrolla el prestador de servicio social. |
| 7 | Describir brevemente por lo menos 3 actividades que realizará el alumno prestador de servicio social.  |
| 8 | Indicar el nombre, número de teléfono y correo electrónico de la persona encargada de solicitar alumnos prestantes de servicio social. |
| 9 | Cantidad de alumnos que solicita para realizar dicho programa. |
| 10 | En caso de ser necesario, indicar días y horario de asistencia para el desarrollo del programa.  |
| 11 | Espacio disponible para información extra, por ejemplo: perfil del estudiante, conocimientos básicos, manejo de ciertos programas o funciones, ofrecimiento de beneficios, etc.  |
| 12 | Marcar con una X el tipo de sector al que pertenece la empresa/ institución.Primario: Obtiene productos directamente de la naturaleza, materias primas, creaciones, etc. (agricultura, ganadería, pesca, etc.).Secundario: Transforma materias primas en productos terminados o semi elaborados. (Industria).Terciario: Es considerado como sector de servicios ya que no produce bienes. (Servicios).  |
| 13 | Indicar que tipo de capital recibe la empresa:Público: El capital proviene del [Estado](http://www.monografias.com/trabajos12/elorigest/elorigest.shtml) o [Gobierno](http://www.monografias.com/trabajos4/derpub/derpub.shtml).Privado: El capital proviene de particulares.Social: El capital proviene de aportaciones de la comunidad.Educativo: Solo aplica para el Instituto Tecnológico de Culiacán. |
| 14 | Calle, número y colonia donde se encuentra ubicada la empresa/institución. |
| 15 | Ciudad donde se encuentra ubicada la empresa/institución. |
| 16 | Nombre completo del gerente o director de la empresa/institución. Anteponer el nivel de estudios (Lic., Dr., Ing., Prof., Etc.) En el caso de programas internos del ITC se indicará al jefe del departamento correspondiente. |
| 17 | Nombramiento del puesto del titular de la empresa/institución. |
| 18 | Nombre completo la persona que supervisará las actividades del alumno prestante de servicio social. Anteponer el nivel de estudios (Lic., Dr., Ing., Prof., Etc.)  |
| 19 | Nombramiento del puesto del responsable del programa. |
| 20 | Firma original del titular de la empresa. |
| 21 | Sello oficial de la empresa/institución. |