UANL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

SOLICITUD DE REGISTRO AL

SERVICIO SOCIAL
Alumnos

FCB
FACULTAD DE CIENCIAS BIOLÓGICAS

CARRERA _____ MATERIA DE SERVICIO SOCIAL | SI | NO |

FECHA DE INSCRIPCIÓN _____

MATRICULA _____ SEMESTRE _____

NOMBRE _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES (S)

DIRECCIÓN _____
CALLE Y No. COLONIA

_____
MUNICIPIO ESTADO CODIGO POSTAL

EMAIL _____LADA _____ TELEFONO_____

CELULAR _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____

FECHA DE NACIMIENTO ___/_____/_____ EDAD _____ SEXO | F | M |

ESTADO CIVIL _____ TIENE IMSS | SI | NO |

NACIONALIDAD _____ TRABAJA | SI | NO |

NOMBRE DE LA EMPRESA _____HORARIO _____

PUESTO _____ LADA _____ TELEFONO _____

Nota: Deberá entregar un reporte cada mes vía electrónica, cuyas aclaraciones se les proporcionarán en el curso de inducción, no hacerlo será causa de cancelación.

<u>Es indispensable contar con el IMSS durante la prestación del Servicio Social.</u>

Manifiesto haber leído esta solicitud y que la información que proporciono es verídica, por lo que no tengo inconveniente en ser requerido para cualquier aclaración

_____ _____
FECHA FIRMA