



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Cuajimalpa

FORMATO DE INSCRIPCIÓN

DATOS DEL ALUMNO:

Nombre:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Matrícula:

Licenciatura:

Trimestre:

Teléfono/Celular:

Correo Electrónico:

*Puesto desempeñado

DATOS DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE EFECTUARÁ O ACREDITARÁ EL SERVICIO SOCIAL:

Institución:

Área:

Nombre del Programa
o Proyecto:

Clave:

Entidad Federativa:

Dejar vacío

Vinculación con las
actividades propias de
su perfil profesional:

PERIODO DE REALIZACIÓN DE 6 MESES:

Fecha de inicio:

Fecha de término:

Firma del alumno

Nombre y firma del responsable de las actividades de
servicio social del alumno en la **Institución externa**.

Sello inscripción al servicio social de la UAM-C

Nombre y firma del tutor académico del alumno en la UAM-C

* **Llenar en caso de ser trabajador de la federación**
