



FORMATO DE INSCRIPCIÓN A SERVICIO SOCIAL

DATOS DEL ALUMNO(A) O EGRESADO(A)

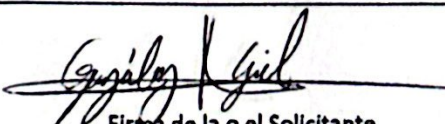
Ciudad de México, a 06 de noviembre del 2024

Nombre:	González	Gil	Aranza	
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	
Domicilio:	J. Isabel Navarro	3	Nueva San Rafael Chamapa	Naucalpan de Juárez
	Calle	No.	Colonia	Delegación/Municipio
5543775407	al2213004938@azc.uam.mx	2213004938	Administración	72.53
	Teléfono	Correo electrónico	Matrícula	Licenciatura
				% de Créditos Cursados
Género: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro Padece alguna discapacidad <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO Cuál				

DATOS DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE EFECTUARÁ EL SERVICIO SOCIAL

Dependencia: AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE NAUCALPAN DE JUÁREZ				
Proyecto: Naucalpan Joven			Clave: ACSH000002	
Ubicación Física del Prestador de Servicio Social				
Dirección:	Av. Juárez	39	Fraccionamiento El Mirador	Naucalpan de Juárez
	Calle	No. Ext.	No. Int.	Colonia
Estado de México			5553718300/5553718400	
Entidad Federativa			Teléfono(s)	
Nombre del Responsable a quién se dirige la Carta de Presentación (Grado académico, Nombre completo y Puesto desempeñado)				
Lic. Verónica Procell Maraver				

Fecha de Inicio del Servicio Social: 07 de noviembre de 2024

 Firma de la o el Solicitante
--

SECCIÓN PARA USO EXCLUSIVO DE LA COORDINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL

Inscripción <input type="checkbox"/> Constancia de créditos (70%) <input type="checkbox"/> Constancia de afiliación a seguro médico <input type="checkbox"/> Formato de inscripción a servicio social <input type="checkbox"/> Identificación oficial <input type="checkbox"/> Carta de aceptación emitida por el responsable del proyecto	Observaciones	Vo.Bo Director de la División de CSH
--	----------------------	---