

Autorización para realizar el Servicio Social Profesional**Datos personales del alumno:**

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
Dirección: Calle y número	Colonia	C.P.
Ciudad	Estado	Teléfono
Carrera	Semestre / Tetramestre	

Solicito autorización para realizar mi Servicio Social Profesional en:

Nombre de la institución y proyecto		
Dirección: Calle y número	Colonia	C.P.
Ciudad	Estado	Teléfono

Actividades a desarrollar:

-
-
-

Al firmar este documento manifiesto conocer y aceptar las disposiciones que marca el Reglamento de Servicio Social de Universidad TecMilenio.

Fecha de Inicio: _____ Fecha de terminación: _____ Horas a acreditar: _____

Nombre y firma del alumno

Responsable de Servicio Social
Profesional del Campus

Director Académico del Campus
Universidad TecMilenio

Original Servicios Escolares (Expediente del alumno)
c.c.p. Dirección Académica del Campus
 Alumno
 Institución en la que se prestará el Servicio Social Profesional