

*	Lugar y fecha
---	---------------

<b>INFORMACION DE LA DEPENDENCIA</b>	* Nombre de la Dependencia, Institución, Asociación, Sociedad u Organización:
	* Objeto de la Dependencia, Institución, Asociación, Sociedad u Organización:
	* Área de asignación dentro de la Dependencia, Institución, Asociación, Sociedad u Organización:

<b>INFORMACION DE LOS RESPONSABLES</b>	* Nombre del Titular de la Dependencia, Institución, Asociación, Sociedad u Organización:		
	* Cargo del Titular:		
	* Teléfono (10 dígitos):	* Extensión:	* E-mail:
	* Nombre del responsable directo del programa:		
	* Cargo del responsable del servicio social:		* Profesión del responsable de servicio social:
	* Domicilio de la institución. Calle y número:		* Colonia:
	* C. P.:	* Municipio o delegación:	* Entidad Federativa:
	* Teléfono del responsable de servicio social:	* Extensión del responsable de servicio social:	* E-mail del responsable de servicio social:

<b>INFORMACION DEL ROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL</b>	NOMBRE DEL PROGRAMA DEL SERVICIO SOCIAL:
	MARQUE CON UNA (X) EL TIPO DE EMPRESA:

SECTOR PÚBLICO

MICRO EMPRESA

PEQUEÑA EMPRESA

MEDIANA EMPRESA

GRANDE EMPRESA

SECTOR SOCIAL

<b>VIGENCIA DEL PROGRAMA DEL SS</b>	MARQUE CON UNA ( X ) EL TIEMPO EN QUE SU DEPENDENCIA O INSTITUCIÓN SOLICITA EL PROGRAMA PARA SERVICIO SOCIAL	<b>POR UN AÑO</b>	<b>INDEFINIDO</b>
-------------------------------------	--	-------------------	-------------------

ACTIVIDADES POR PERFIL PROFESIONAL SOLICITADO	*Licenciatura solicitadas:	*No de prestadores:	*Actividades a realizar por perfil profesional:
	Ingeniería en Sistemas Computacionales		
	Administración de empresas		
	Contaduría y Finanzas		
	Mercadotecnia y Publicidad		
	Derecho		
	Pedagogía		
	Psicología Social		

**NOTA IMPORTANTE:** Los datos de contacto y registro serán publicados en el catálogo de Dependencias, Instituciones, Asociaciones, Sociedades u Organizaciones de Universidad UCAD, al que tendrán acceso alumnos y egresados, considerando que algún interesado establezca contacto con ustedes para verificar vacantes de servicio social o pedir mayor información.

*Nombre y firma del responsable directo del programa y de los prestadores de Servicio Social	*Nombre y firma de recibido por Control Escolar de la Universidad UCAD
*Sello de la Institución u organización	*Sello de la Universidad UCAD