|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 **CLAVE (DSS):**

 **Solicitud de Registro o Refrendo de Programa**

 para que Alumnos de la UAEM y de sus Escuelas Incorporadas realicen su Servicio Social en la UAEM

 Institución Solicitante: ­­­­­­­­­­­­­­­

 Unidad Académica o Dependencia Solicitante:

 Nombre del Director:

 Nombre del responsable designado de coordinar los programas del servicio social en la dependencia:

Tel. Celular: Correo electrónico:

|  |
| --- |
| Nombre del Programa que será apoyado por el Servicio Social Universitario: Duración del Programa: Semestral ( ) Anual ( ) |

Dirección del lugar en donde los prestadores realizan su Servicio Social:

|  |
| --- |
| Modalidades del Servicio Social: (Consultar Reglamento en la Página del Depto. de Servicio Social de la UAEM) |
| 1. Modalidad de servicio social comunitario
2. Modalidad de participación de empresas sociales
3. Modalidad de investigación aplicada en beneficio de la sociedad
4. Modalidad de apoyo a la docencia y la educación para todos
5. Modalidad de trabajo en proyectos sociales
6. Modalidad de trabajo de fortalecimiento institucional
 | ( )( )( )( )( )( ) |
|  |

|  |
| --- |
| Justificación de la necesidad de contar con el apoyo de prestadores de servicio social:  |

 Objetivo principal del programa que será apoyado con el Servicio Social Universitario:

Describa brevemente el tipo de apoyo y principales actividades que realizarán el/los alumno (s) solicitados:

(Sugerimos enviar Presentación en Power Point para su inclusión en el catálogo de programas de la página del Depto. de Servicio Social en el sitio WEB de la UAEM)

Nombre del responsable del programa:

Tel. Celular: Correo electrónico:

Además de contribuir a la formación integral de los alumnos y desarrollar o consolidar habilidades propias de

su formación disciplinar, mencione cual es la principal contribución que aporta cada programa a la atención de

problemas sociales de la región o del país.

Impacto esperado: Comunitario ( ) Municipal ( ) Estatal ( ) Nacional ( )

|  |
| --- |
| Clase de programa: Asistencial ( ) De desarrollo ( ) De Investigación ( ) Otro ( ) Cuál? Población beneficiada:  Cantidad anual de personas beneficiadas (aprox) Tipo de población atendida: Urbana ( ) Rural ( ) |

|  |
| --- |
| 1.- Perfiles académicos deseables (Favor de anotar el nombre correcto de las carreras): |
| Carrera 1.- 2.- 3.- 4.- 5.-  | Cantidad( )( )( )( )( ) |
| Existen estímulos económicos para el prestador:Cantidad $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Periodicidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Procedencia de Recursos \_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| 2.- Horarios disponibles para la presentación del Servicio Social Universitario A) Matutino ( ) de hrs. a hrs. B) Vespertino ( ) de hrs. a hrs.  C) Mixto ( ) de hrs. a hrs. D) Matutino ( ) de hrs. a hrs. |

El llenado y firmado de esta Solicitud de Registro o Refrendo del Programa de Servicio Social de la dependencia solicitante, representa la aceptación del Reglamento de Servicio Social vigente de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, así como de las disposiciones administrativas y operativas emanadas de la Secretaría Académica y de su Dirección de Vinculación Académica, para el adecuado registro, seguimiento y evaluación de los programas, proyectos y prestadores de servicio social.

Firma del responsable designado Firma del director de la

 de coordinar los programas dependencia solicitante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y cargo Nombre y cargo

 Firma del responsable del presente programa

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre y cargo

Fecha de elaboración:

Sello oficial de la dependencia solicitante Revisión y aceptación del Programa