

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CAMPECHE**  
**DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL Y PRÁCTICAS PROFESIONALES**

Marque con (X) la opción que corresponda

| DATOS PERSONALES  |                                | ÁREA DE ADSCRIPCIÓN |            |
|---|--------------------------------|---------------------|------------|
| Nombre Completo del Alumno ó Egresado                           |                                | Escuela ó Facultad  |            |
| Dirección   |                                | Licenciatura        |            |
| Teléfono  | Semestre                       | Pasante (    )      |            |
| Servicio Social (    )  | Prácticas Profesionales (    ) | Matrícula           |            |
| INSTITUCION DE REALIZACIÓN                                      |                                |                     |            |
| Nombre de la Institución  |                                |                     | Fotografía |
| Titular (Nombre y Cargo)  |                                |                     |            |
| Inicio (día/mes/año)  | Término (día/mes/año)          |                     |            |
| Responsable del Programa donde realizará SS/PP (Nombre y Cargo) |                                |                     |            |
| Área dónde se realizará el SS/PP                                |                                |                     |            |

Original: Departamento de SS/PP  
Copia: Coordinación del PE