

DATOS DEL PRESTANTE DEL SERVICIO SOCIAL

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: F M

Dirección: _____ Tel: _____

Carrera: _____ Semestre: _____

No. de Control: _____ No. de créditos cubiertos: _____

DATOS DEL PROGRAMA

Nombre: _____

Objetivo: _____

Actividades a desarrollar: _____

Tipo de actividades:

Administrativas ()	Investigación ()
Técnicas ()	Docentes ()
Asesoría ()	Otras: _____

El servicio social lo realizará dentro de las instalaciones de la dependencia: SI NO

En donde: _____

Horario de actividades:

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Entrada						
Salida						
Entrada						
Salida						

Misantla, Veracruz, _____ de 20__

Responsable del Programa
(Nombre, Firma y Sello)