



DATOS DEL PRESTANTE DEL SERVICIO SOCIAL:

NOMBRE: _____

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre

EDAD: _____ SEXO: () masculino () femenino

DIRECCIÓN: _____

Calle y número

Colonia

Ciudad y Estado

CARRERA O ESPECIALIDAD: _____ SEMESTRE: _____

NÚMERO DE CONTROL: _____ CREDITOS CURSADOS: _____

DATOS DEL PROGRAMA:

NOMBRE _____

OBJETIVO _____

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

1.- _____

2.- _____

3.- _____

4.- _____

5.- _____

En caso de requerir mayor espacio, integrar hojas anexas.

TIPO DE ACTIVIDADES

() Administrativas

() Investigación

() Técnicas

() Docentes

() Asesoría

() Otras

Horario de actividades _____ Días de trabajo (L) (M) (M) (J) (V)

