REGISTRO DE SERVICIO SOCIAL

No. de Control:_____
Fecha de Inicio:_____
Fecha de Terminación:_____

Nombre del Alumno: _____

Domicilio: _____
Calle núm. Col. CP

Teléfono _____Teléfono de un familiar _____Email_____

Facebook_____ Tipo de Beca_____

Carrera: _____Semestre____Grupo___

Generación: _____ Fecha de ingreso: _____

Tipo de Servicio Social: ABIERTO _____ CERRADO_____

A que se dedica la Institución o Empresa en dónde se realizará el Servicio Social:

Nombre de la Institución o Empresa: _____

Domicilio: _____
Calle núm. Col. CP

Teléfono :_____ Email:_____

Nombre del Director, Gerente o Administrador de la Empresa:_____

Área o departamento donde se asigna al Alumno:_____

Horario de Labores: _____

Percepción Económica: Ninguna

Síntesis de las actividades que realizará el alumno:_____

A los _____días del mes de _____de 202___

Nombre y firma por parte de la dependencia SELLO