

## **PLAN DE TRABAJO DE SERVICIO SOCIAL**

NOMBRE DEL ALUMNO(A):

**APELLIDO PATERNO**

**APELLIDO MATERNO**

**NOMBRE(S)**

## CARRERA:

**NÚMERO DE CONTROL:**

**FECHA DE INICIO:**

FECHA DE TERMINACIÓN:

**FIRMA DEL SUPERVISOR(A) AQUÍ  
(Eliminar este texto en azul antes de firmar)**

## FIRMA DEL (LA) PRESTANTE DE SERVICIO SOCIAL

ESCRIBE AQUÍ EL GRADO  
PROFESIONAL, NOMBRE COMPLETO Y  
PUESTO DEL SUPERVISOR(A)  
/RESPONSABLE DE LA DEPENDENCIA

SELLO DE LA DEPENDENCIA

Vo.Bo. OFICINA DE SERVICIO  
SOCIAL



Carr. Apatzingán-Aguillilla Km. 3.5, Apatzingán, Michoacán. C.P. 60710 Tels. 45353-42513 Ext.108, e-mail: info@apatzingan.tecnm.mx tecnm.mx | apatzingan.tecnm.mx

