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: _____

Nº	LISTA DE ACTIVIDADES A REALIZAR EN LA DEPENDENCIA	TIEMPO EN MESES					
		1	2	3	4	5	6
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

NOTA: Señala con X el tiempo que requieres para realizar la actividad

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

FIRMA DE EL/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