

REGISTRO DE HORAS DE PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL EN: _____ No. _____				
NOMBRE _____		GRADO Y GRUPO _____		
FECHA	ACTIVIDADES	ENTRADA	SALIDA	FIRMA DEL ALUMNO
FIRMA DEL RESPONSABLE DEL AREA: _____		TOTAL HORAS _____		



# CBT JAIME KELLER TORRES, HUEHUETOCA

## REGISTRO DE PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL

FECHA DE INICIO: \_\_\_\_\_

TERMINO: \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

GRADO Y GRUPO \_\_\_\_\_

FECHA	ACTIVIDADES	ENTRADA	SALIDA	FIRMA

RESPONSABLE DEL AREA: \_\_\_\_\_

TOTAL HORAS: \_\_\_\_\_

