

ASIGNACION DE SERVICIO SOCIAL

F-DV-003

Fecha: _____

DATOS GENERALES DE LA DEPENDENCIA O INSTITUCIÓN

Dependencia o Institución: _____
Nombre del titular o responsable: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____ E-mail: _____
Municipio: _____ Estado: _____
Área donde está ubicado el Prestador de Servicio: _____
Nombre del Proyecto Asignado: _____

PERFIL DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL

Nombre del Prestador de Servicio: _____
Carrera: _____ No. de Control: _____
Áreas de Oportunidad ó Nombre del Proyecto: _____

ÁREA DE ADSCRIPCIÓN Y PROBLEMÁTICA:

ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR:

RESULTADOS ESPERADOS DEL PROYECTO:

Nombre y firma del
Alumno

Autorizó
C. Junellie Manilla González
Departamento de Vinculación