Poza Rica, Ver. a de del

Plan de Trabajo de Servicio Social

Periodo:

Nombre de la dependencia u organismo

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del alumno(a)** | **Programa Educativo (Carrera)** | **Matrícula (Núm. de control)** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Resumen de actividades** |
|  |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

 ATENTAMENTE

Sello de la dependencia u organismo

Nombre, cargo y firma del responsable programa

C.c.p. Expediente del departamento de Residencias Profesionales y Servicio Social.