CENTRO DE ENSEÑANZA TÉCNICA INDUSTRIAL
Organismo Público Descentralizado Federal
Departamento de Servicios de Apoyo Académico

CONTROL DE SERVICIO SOCIAL

PERIODO: ( ) Feb-Jun 20___ ( ) Ago-Dic 20___ **NO. REFERENCIA:** _____

REGISTRO: _____ NOMBRE: _____
PLANTEL: _____ SEMESTRE: _____ TURNO: _____
NIVEL: _____ CARRERA: _____
NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: _____

TIPO: ( ) INTERNO ( ) EXTERNO

ÁREA U ORGANISMO ASIGNADO: _____
NOMBRE DEL/LA RESPONSABLE: _____

NOMBRE DEL/LA SUPERVIDOR(A): _____

LABOR A DESARROLLAR: _____

_____

HORARIO: _____ DÍAS: _____ HORAS A CUBRIR: _____

INICIO	**TERMINÓ**
Por este medio hacemos constar que el/la estudiante citado en este documento se presentó para dar inicio a las actividades propuestas de servicio social, este será realizado bajo la supervisión de _____, con el objetivo de cumplir _____ horas de servicio social. Fecha de inicio: _____ Nombre y firma del(la) Responsable:_____ Sello del Área u Organismo	Por este medio hacemos constar que el/la estudiante citado en este documento cumplió satisfactoriamente con las actividades propuestas de servicio social, bajo la supervisión de _____, habiendo concluido a la fecha con _____horas de servicio social. Fecha de término: _____ Nombre y firma del(la) Responsable: _____ Sello del Área u Organismo
Nombre, firma y sello de la persona que recibe por el Departamento de Servicios de Apoyo Académico	**Nombre, firma y sello** de la persona que recibe por el Departamento de Servicios de Apoyo Académico

SOLICITANTE

_____

FIRMA DE CONFORMIDAD