INFORME FINAL DE ACTIVIDADES DEL SERVICIO SOCIAL

Chihuahua, Chih., a _____ de _____ del 20_____.

Nombre del alumno: _____

Especialidad: _____ No. de Control: _____

Período de realización: Inicio: _____ Término: _____
día mes año **día mes año**

Dependencia Oficial u Organismo: _____
Domicilio: _____
Asesor del servicio social: _____ _____
Cargo: _____

INFORME DE ACTIVIDADES

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

SELLO DE LA DEPENDENCIA

_____ _____

Nombre y Firma del alumno **Nombre y Firma del asesor del servicio social**