HOJA MEMBRETADA DE LA EMPRESA

 POZA RICA, VER. A DE DEL

PLAN DE TRABAJO DE SERVICIO SOCIAL

PERIODO:

(NOMBRE DE LA ESCUELA O DEPENDENCIA)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL ALUMNO (A)** | **CARRERA** | **NÚM. DE CONTROL** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **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 Residencia Profesional y Servicio Social.