



FORMATO DE TERMINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL

TRIMESTRE LECTIVO

FECHA	DÍA / MES / AÑO
-------	-----------------

DATOS DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO:	MATRÍCULA:
LICENCIATURA:	
DOMICILIO:	
TELÉFONO:	CORREO ELECTRÓNICO:

DATOS DEL SERVICIO SOCIAL

TIPO DE SERVICIO SOCIAL	<input type="checkbox"/> INTERNO	<input type="checkbox"/> EXTERNO	<input type="checkbox"/> A LA FEDERACIÓN
NOMBRE DEL PROYECTO:			
ASESOR RESPONSABLE:		no. económico *proyecto interno	
CARGO:		TELÉFONO:	
CORREO ELECTRÓNICO:			
LUGAR DE REALIZACIÓN: (Dependencia):			
DOMICILIO:			
FECHA DE INICIO:		FECHA DE TERMINACIÓN:	

_____	_____
FIRMA DEL ALUMNO	FIRMA DEL ASESOR
_____	_____
FIRMA DEL COORDINADOR DE LICENCIATURA	FIRMA DE APROBACIÓN