FORMATO DE REGISTRO DE SERVICIO SOCIAL: SSFAUV-REGISTRO

# FECHA DE ENTREGA DE DOCUMENTOS: PASANTE ( ) ALUMNO ( ) Semestre:

**NOMBRE DEL INTERESADO**:

Correo electrónico: \_ Dirección: C.P: Teléfono: **Institución donde presta el servicio social**:

# Servicio social



Dirección:

Teléfono del responsable del programa: Matricula: \_ Fecha de inicio de S.S: Fecha de conclusión de S.S: Nombre del programa:

Localización:

|  |  |
| --- | --- |
| **OBJETIVOS** | **ACTIVIDADES** |
|  |  |

RECIBE AYUDA ECONOMICA: SI ( ) NO ( )

Nombre y Domicilio de la Unidad Pagadora:

|  |  |
| --- | --- |
| **FUNCIONARIO RESPONSABLE DEL PROGRAMA**  (NOMBRE FIRMA Y SELLO)  Vo. Bo. | **NOMBRE Y FIRMA DEL INTERESADO** |

# DRA. ARQ. MA GUADALUPE NOEMI UEHARA GUERRERO M. ARQ. EZEQUIEL MELGAREJO OCHOA

DIRECTORA DE LA FAUV SECRETARIO FAUV