Servicio Social SSFAUV2 Xalapa

|  |
| --- |
| **Unidad Receptora donde realizará el Servicio Social** |
| Nombre de la entidad receptora |  |
| Domicilio Fiscal de la Empresa |  |
| Responsable del Programa en la entidad receptora |  |
| Correo electrónico de contacto |  |
| Teléfono |  |
| **Datos del prestador(a) del Servicio Social** |
| Nombre |  |
| Matrícula |  |
| Correo Electrónico particular |  |
| Teléfono |  |



|  |
| --- |
| **Descripción de Actividades (glosa)** |
|

|  |
| --- |
| Objetivo de la prestación del servicio social: |
|  |
|  |
|  |
|  |

 |

|  |
| --- |
| **ACTIVIDADES A REPORTAR** |
| **ACTIVIDAD** | **MES***Duración del servicio: mínimo 6 meses, máximo 11 meses, marca solamente las casillas necesarias. No olvides subtotal por actividad y total no menor a 480 horas* |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **horas** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **TOTAL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA UNIDAD RECEPTORA (ASESOR) |
| NOMBRE Y FIRMA DEL PRESTADOR(A) DE SERVICIO SOCIAL*-En caso de ser necesario puede agregar renglones a la tabla.**-Rubricar cada hoja**-Firmar con tinta azul y sobre papel. No se aceptarán firmas digitales*.  |