UASLP
Universidad Autónoma de San Luis Potosí

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE_____

REPORTE MENSUAL DE ACTIVIDADES DEL SERVICIO SOCIAL

INFORMACIÓN REQUERIDA

REPORTE N°:			
APELLIDO PATERNO:	APELLIDO MATERNO:	NOMBRE(S):	
CLAVE UNICA:		SEMESTRE:	
LUGAR DONDE PRESTA EL SERVICIO SOCIAL:			
NOMBRE DEL DEPARTAMENTO:			
NOMBRE DEL ASESOR EXTERNO:			
TELEFONO DEL DEPARTAMENTO:		HORARIO DEL SERVICIO SOCIAL:	
PERIODO QUE COMPRENDE EL REPORTE:			

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DESARROLADAS:

FIRMA DEL ASESOR EXTERNO

FIRMA DEL PRESTADOR DEL SERVICIO SOCIAL

DATOS EXCLUSIVOS LLENADOS POR LA COORDINACIÓN DE SERVICIOS SOCIAL			
NUMERO DE HORAS DEL PERIODO:		TOTAL DE HORAS ACUMULADAS:	

DIVISIÓN DE VINCULACIÓN UNIVERSITARIA
U A S L P