



CARTA ASIGNACIÓN

Datos del prestatante del Servicio Social

Nombre del prestador: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Edad _____ Sexo: Masculino () Femenino ()

Domicilio: _____
Calle No. Colonia Estado

Especialidad o Carrera _____ Grupo _____ Turno _____

Semestre _____ No. Control _____ Créditos cursados _____ %

DATOS DEL PROGRAMA

Nombre del Programa: _____

Objetivo: _____

Actividades a desarrollar:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

En caso de requerir mayor espacio, integrar hojas anexas.

Tipo de Actividades:

<input type="checkbox"/>	Administrativas	<input type="checkbox"/>	Investigación
<input type="checkbox"/>	Técnicas	<input type="checkbox"/>	Docentes
<input type="checkbox"/>	Asesorías	<input type="checkbox"/>	Otros _____

Horario de Actividades: _____ días de trabajo _____ Lunes a Viernes

Nombre, firma del responsable
Del programa en la Dependencia o Institución

Sello de la Dependencia o Institución

