

PRÁCTICAS PROFESIONALES

SERVICIO SOCIAL

DEPENDENCIA: _____ NOMBRE DEL ALUMNO: _____
 ENCARGADO DEL PROGRAMA: _____ INSTITUCIÓN EDUCATIVA: _____
 NOMBRE DEL PROGRAMA: _____ MES REPORTADO: _____

| FECHA | HORAS REALIZADAS | ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES. | MES DE INSCRIPCIÓN: |
|-------|------------------|-----------------------------------|---------------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |

DUDAS O COMENTARIOS:
tchavez@celaya.gob.mx
 TELEFONO: 461 - 68 8 46 36
 **461 312 56 01**

FIRMA ALUMNO: _____
 FIRMA ENCARGADO DEL PROGRAMA _____

NOTA:
 ENTREGAR ESTE FORMATO EN **ORIGINAL Y COPIA** EN LA JEFATURA DE SERVICIO SOCIAL Y PRÁCTICAS PROFESIONALES (MORELOS No.139 CENTRO) Ó ENVIARLO ESCANEADO VÍA CORREO ELECTRONICO **tchavez@celaya.gob.mx** **LOS PRIMEROS 5 DIAS HABLES DE CADA MES.**
 RECUERDA NO PUEDES REALIZAR MÁS DE 6HRS DIARIAS.
NO SE ACEPTA CORRECTOR, TACHADURAS Y/O ENMENDADURAS.

SELLO DE LA DEPENDENCIA:

TOTAL DE HORAS ACUMULADAS EN ESTE MES: _____

CAPTURADO POR JSS _____