



CENTRO UNIVERSITARIO INTERAMERICANO

FORMATO:

REPORTE MENSUAL

FECHA:

PÁGINA:

SERVICIO SOCIAL

04/08/08

1/1

ESCUDO DE LA DEPENDENCIA (1)

No. Reporte mensual: xx (2)

Fecha:xx/xx/xxxx (3)

Reporte de Servicio Social con la participación en el Programa de: (4) _____

Nombre del prestante: (5) _____

Objetivo general del Programa : (6) _____

Actividades realizadas: (7)

Nombre y firma (8)

Responsable de la Dependencia

Nombre y firma (9)

Director de la escuela o facultad

Nombre y firma (10)

Prestador