FORMATO REPORTE BIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL

REPORTE No. DOS

Nombre: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre

Carrera: _____ No de Control: _____

Periodo Reportado:

Del día: _____ año _____; al día: _____ año _____

Dependencia: _____

Programa: _____

Resumen de actividades: _____

Total, de horas de este reporte: ____. Total de horas acumuladas: _____.

		_____ FIRMA DEL INTERESADO
_____ **Nombre, cargo y firma del responsable del programa**	SELLO	_____ Vo. Bo. OFICINA SERVICIO SOCIAL DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO

NOTA: ESTE REPORTE DEBERÁ SER LLENADO, ENTREGADO CADA DOS MESES EN ORIGINAL Y COPIA, DENTRO DE LOS PRIMEROS 5 DÍAS HÁBILES DE LA FECHA DE TÉRMINO DEL MISMO, DE LO CONTRARIO PROCEDERÁ SANCIÓN DE ACUERDO AL REGLAMENTO VIGENTE (No es válido si presenta tachaduras, enmendaduras y/o correcciones).