CENTRO DE ESTUDIOS TECNOLÓGICOS industrial y de servicios No. 150
Galeana esq. Carr. Panamericana s/n Km 1 Apaseo-Qro.
Apaseo el Alto, Gto.

CARTA DE ASIGNACIÓN

DATOS DEL PRESTANTE DE SERVICIO SOCIAL:

Nombre: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

Edad _____ Sexo: M ☐ F ☐

Dirección: _____
Calle No. Colonia Ciudad Estado

_____
Especialidad Semestre No. Control Créditos Aprobados

DATOS DEL PROGRAMA:
Nombre: _____
Objetivo: _____
_____

Actividades a desarrollar:
1.- _____
2.- _____
3.- _____
4.- _____
5.- _____

En caso de requerir mayor espacio, integrar hojas anexas.

Tipo de actividades:

Administrativas	Investigación
Técnicas	Docentes
Asesorías	Otras
Horario de actividades:	Días de trabajo:
Entrada: _____	De: _____
Salida: _____	A: _____

_____

Nombre y firma del Responsable en la Dependencia

sello

Original Plantel
c.c.p. Alumno
c.c.p. Archivo