

(OPCIONAL)

**PLAN DE TRABAJO DE SERVICIO SOCIAL, PARA PRESTANTES DEL
INSTITUTO TECNOLÓGICO DE CD. CUAUHTÉMOC**

Nombre de la Dependencia

NOMBRE DEL PROGRAMA: _____

ACTIVIDADES:

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

**Nombre del estudiante
Carrera
No. de Control**

Titular de la Dependencia

Responsable del Programa

**Nombre
Firma
Sello**

**Nombre
Firma
Sello**

Dia__ de Mes del 20__.

(OPCIONAL)

MEMBRETE DE LA DEPENDENCIA