ANEXO XXII. REPORTE BIMESTRAL DE SERVICIO SOCIAL

Departamento de Gestión Tecnológica y Vinculación o su equivalente en los Institutos Tecnológicos Descentralizados

Reporte No.:_____
Periodo:_____

Nombre: _____
Primer apellido Segundo apellido Nombre(s)

Carrera:_____ N°. de Control: _____

Fecha de inicio:_____

Periodo que cubre el Reporte :

Del día:_____ ___mes: _____ año:_____ al día_____ mes:_____ año:_____

Dependencia:_____

Programa: _____

Resumen de actividades:_____

_____
_

_____
_

Total de horas de este reporte:_____Total de horas acumuladas: _____

	Sello	FIRMA DEL ALUMNO
Nombre, puesto y firma del supervisor		Vo. Bo. Oficina de Servicio Social