

INFORME FINAL DE ACTIVIDADES DEL SERVICIO SOCIAL

León, Guanajuato; a _____ de _____ de _____

Nombre del prestador: _____

Especialidad: **BACHILLERATO GENERAL** Número de Control: _____

Periodo de realización: _____

Inicio: _____ Término: _____
DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

Horario de: _____ cubriendo _____

Programa: _____

Institución: _____

Ubicación: _____

Nombre del Asesor de Servicio Social: _____

El informe deberá tener:

- a) Introducción.
- b) Desarrollo de actividades.
- c) Resultados.
- d) Conclusiones.

FIRMA DEL PRESTADOR

LIC. BEATRIZ MALACARA HUERTA
ASESOR SERVICIO SOCIAL

SELLO DE LA
INSTITUCIÓN