SECRETARIA DE EXTENSIÓN UNIVERSITARIA Y DIFUSIÓN CULTURAL - SERVICIO SOCIAL UNIVERSITARIO

I.- IDENTIFICACIÓN

DEPENDENCIA: _____ DIRECCIÓN: _____ TEL: _____
TITULAR DE LA DEPENDENCIA: _____
RECEPTOR DE PRESTADORES: _____ CARGO: _____
NOMBRE DEL PROGRAMA: _____ PERIODO DEL PROGRAMA MES: _____AÑO: _____MES: _____AÑO:_____

II.- JUSTIFICACIÓN

III.- OBJETIVOS GENERALES

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

IV.- ACTIVIDADES CALENDARIZADAS												ACTIVIDADES GENERALES
ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	

V.- RECURSOS HUMANOS SOLICITADOS.	No. DE PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL								
CARRERA	MAT	VESP	S/D	TOTAL	CARRERA	MAT	VESP	S/D	TOTAL

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOTA: los formatos de control de programas y enseñanza serán entregados en el Departamento de servicio social universitario. Av. Universidad no. 1, Tlaxcala, Tlax., tel. 4621422 acompañado de un oficio firmado por el titular de la Dependencia