|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Macintosh HD:private:var:folders:6t:l4dgstl54t94dd_9pk20dqpc0000gn:T:TemporaryItems:msoclip:0:clip_image001.png |

 | **CENTRO DE ESTUDIOS SUPERIORES CORTÁZAR**  |
|  | ***DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL*** |
|  |  |
|  | **INSCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL PROFESIONAL** |
|  |  |
| DATOS DEL ESTUDIANTE |
| NOMBRE COMPLETO: | CURP: |
|       |       |
| MUNICIPIO/ESTADO: | TELEFONO CELULAR: |
|       |       |
| PLAN DE ESTUDIOS:  | CORREO ELECTRÓNICO:  |
| Licenciatura en       |       |
|   |
| DATOS DE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA |
| INSTITUCIÓN:  |
|       |
| DEPENDENCIA:  | SECTOR |
|       |  |
| DOMICILIO Y COLONIA | CÓDIGO POSTAL: |
|       |       |
| CIUDAD/ESTADO: | TELÉFONO: |
|       |       |
|  |
| DATOS DEL RESPONSABLE DIRECTO |
| NOMBRE DEL RESPONSABLE DIRECTO: |
|       |
| PUESTO DEL RESPONSABLE DIRECTO: | SELLO DE LA INSTITUCIÓN: |
|       |   |
| FIRMA: |
|   |
|  |
| DATOS DEL PROYECTO |
| NOMBRE DEL PROYECTO: |
|       |
| TIPO DE PROYECTO: | NUMERO DE HORAS: | POBLACIÓN BENEFICIADA: |
|  |     480  |       |
| FECHA DE INICIO: | FECHA DE TÉRMINO: | HORARIO: | DÍAS: |
|       |       |       |       |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NOMBRE DEL ASESOR: | FIRMA: |
|       |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NOMBRE Y FIRMA DEL ESTUDIANTE | SELLO INSTITUCIONAL | NOMBRE Y FIRMA SERVICIO SOCIAL |
|       |   |       |
|  |
|  |  | Cortazar, Gto. a  |    | de  |       | de |      | . |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FECHA DE RECEPCIÓN | FIRMA DE RECEPCIÒN |
|   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | FRENTE |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL |
|       |
| OBJETIVO DEL PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL |
|       |
| METAS DEL PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL |
|       |
| PRINCIPALES ACTIVIDADES DEL PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL |
|       |
| INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE SERVICIOSOCIAL |
|       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | REVERSO |