UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA
FACULTAD DE DERECHO
SECRETARIA DE EXTENSIÓN Y DIFUSIÓN

REPORTE MENSUAL DE SERVICIO SOCIAL

FORMA 3

NOMBRE COMPLETO: _____

FACULTAD/ESCUELA: _____ **MATRICULA:** _____

CARRERA: _____

NOMBRE DEL PROGRAMA: _____

LUGAR DE ASIGNACION: _____

MODALIDAD: ⬭ Individual ⬭ Brigada ⬭ Periodos Vacacionales ⬭ Proyecto Especial

HORARIO: _____

SUPERVISOR Y/O RESPONSABLE DEL PROGRAMA: _____

FECHA DE REPORTE: _____

ACTIVIDADES REALIZADAS

NUMERO DE PERSONAS BENEFICIADAS _____

TOTAL DE HORAS DEL MES _____
TOTAL DE HORAS ACUMULADAS _____

OBSERVACIONES: _____

PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL	SUPERVISOR DIRECTO DEL PROGRAMA	ASESOR ACADÉMICO	UNIDAD DE SERVICIO SOCIAL DE LA FACULTAD

Nota: Indispensable agregar evidencia del reporte (oficios, fotografías, listas, constancias, etc.)