****

**COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE SONORA**

**DIRECCIÓN ACADÉMICA**

**Departamento de Operación Académica**

**ASIGNACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL**

|  |
| --- |
| **Empresa o Dependencia**  |
| **Dirección** |
| **Calle Número Colonia** |
| **Ciudad** | **Teléfono**  |

|  |
| --- |
| **Departamento o Área** |
| **Responsable del Departamento o Área** |
| **Nombre del Proyecto** |
| **Nombre Alumno Responsable** |
| **Fecha de Inicio** | **Fecha de Terminación** |
| **Horario** | **Días L\_\_\_\_M\_\_\_\_M\_\_\_\_J\_\_\_\_V\_\_\_\_** |
| **Nombre de los alumnos** | **Número de Expediente** | **Grupo y Turno** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Director del Plantel Coordinador del Servicio Social**

**Original Empresa**

**C.C.P. Equipo**

**C.C.P Coordinador del Servicio Social**