****

**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**