

CUESTIONARIO

Servicio Social

Prácticas Profesionales

Fecha: _____

NOMBRE DEL PRESTADOR	MATRICULA
NOMBRE DE LA DEPENDENCIA	
NOMBRE Y CARGO DEL JEFE INMEDIATO	
DENOMINACIÓN DEL PROYECTO A DESARROLLAR	
JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO	
OBJETIVO	
ACTIVIDADES A REALIZAR	
PERFIL PROFESIONAL REQUERIDO	
ALCANCE DEL IMPACTO SOCIAL	

NOTA: El presente cuestionario deberá ser llenado por el responsable del Servicio Social o Prácticas Profesionales.

SELLO DE LA DEPENDENCIA

FIRMA DEL RESPONSABLE