UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA

Departamento de Extensión
Unidad Central de Servicio Social
Tel. 414-49-73 y 439-18-24 ext. 2317

Nombre del alumno: _____ Matrícula: _____
Unidad Académica: _____ Carrera: _____

MOTIVOS DE CAMBIO:_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

DATOS DEL PROYECTO AUTORIZADO
Folio: _____ Nombre del proyecto: _____
Unidad receptora: _____
Departamento: _____ Teléfono: _____
Nombre del supervisor: _____
Nombre del asesor académico: _____
Periodo de prestación: _____ No. de horas acumuladas: _____
Fecha de salida del proyecto: _____

DATOS DEL PROYECTO AUTORIZADO
Nombre del proyecto: _____
Unidad receptora: _____
Departamento: _____ Teléfono: _____
Nombre del supervisor: _____
Nombre del asesor académico: _____
Periodo de prestación: _____

CAMBIO DE PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL

*Indispensable para su autorización anexar nuevo proyecto de servicio social.

Firma del alumno

Firma y sello de la Unidad de Servicio Social de Unidad Académica

Firma y sello de la Unidad Central de Servicio Social