FSS6

INFORME FINAL DE ACTIVIDADES

_____ a _____ de _____ de 2024.

Plantel: CBTis No. 265 **Ubicación:** San Jacinto Amilpas, Oaxaca

Nombre del prestador de Servicio Social: _____

Especialidad:_____ **Grado y Grupo:**_____

Periodo del: 15 de Noviembre de 2023 al 20 de mayo de 2024.

Programa:	**Apoyo a las Instituciones del Sector Productivo**
Institución:	
Ubicación:	
Asesor del Servicio Social:	
Cargo:	

INFORME DE ACTIVIDADES

(En caso de requerir mayor espacio, anexar las hojas necesarias)

Nombre y Firma del prestador del Servicio Social

Nombre y firma del asesor del Servicio Social

Nota: original para el plantel y copia para el prestador