FSS6

INFORME FINAL DE ACTIVIDADES

_____ a _____ de _____ de 2025.
LUGAR DIA MES

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

Nombre del prestador de Servicio Social: _____
Paterno materno nombre

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

Periodo del: 17 de septiembre de 2024 al 24 de marzo de 2025.

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 y sello.

Nota: original para el plantel y copia para el prestador