

COORDINACIÓN DEL SERVICIO COMUNITARIO**Plan de Trabajo**

Nombre: _____ C.I.: _____ PNF: _____

Comunidad o Institución: _____

ACTIVIDAD	FECHA DESDE - HASTA	N° DE HORAS CUMPLIDAS	FIRMA DEL ASESOR COMUNITARIO

FIRMAS:

ESTUDIANTE_____
ASESOR COMUNITARIO_____
COOR. DEL PNF DE SERVICIO
COMUNITARIO