

CONTROL DE ASISTENCIA DE SERVICIO SOCIAL

Nombre del alumno: _____ Grupo: _____ Especialidad: _____

[illegible]

Horario convenido: _____

Dependencia: _____ sello
dependencia

BLVD. CBTis 255 # 100, Col. Centro, Tarimoro, Guanajuato. C.P. 38700
Tel 466 6640378. Correo electrónico: cbtis255.dir@dgeti.sems.gob.mx

