



CONTROL DE ASISTENCIA

FECHA: ____ / ____ / ____

DATOS DEL ALUMNO

Nombre completo: _____
Edad: _____ Sexo: M _____ F _____ CURP: _____
Domicilio: _____ Col: _____
Teléfono: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____
Carrera: _____ No. Matrícula: _____

DATOS DEL SERVICIO

Lugar: _____
Horario de actividades: _____
Días de Servicio: _____
Fecha inicial: _____ Fecha final: _____
Período de Servicio: _____

ACTIVIDADES A REALIZADAS:

- | | | |
|------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> Administrativas | <input type="checkbox"/> Investigación | Otras _____ |
| <input type="checkbox"/> Técnicas | <input type="checkbox"/> Docentes | |
| <input type="checkbox"/> Asesorías | <input type="checkbox"/> Extraescolares | |

Describe brevemente tareas desempeñadas:

Toda copia en PAPEL es un "Documento no Controlado" a Excepción del original, por favor asegúrese de que esta es la versión vigente del documento.

