



SERVICIO SOCIAL <input type="radio"/>				PRÁCTICA PROFESIONAL <input type="radio"/>			
NOMBRE DEL RESPONSABLE EN LA DEPENDENCIA:							
NOMBRE DEL ALUMNO:							
Fecha de inicio de las actividades:							
Fecha de finalización:							
ROL DE ASISTENCIA							
DÍA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
HORARIO							
En caso de cambio de actividades, con quien se acuerdan.							
En caso de cambio de horario por parte del estudiante o la Dependencia con cuantos días de anticipación se comunican.							
En caso de incumplimiento de acuerdos por parte del personal, a quien dirigirse.							
En caso de incumplimiento de acuerdos por parte del alumno, a quien dirigirse.							
OTROS ACUERDOS:							
1							
2							
3							
4							
5							

Nombre y firma del responsable del Servicio Social y Práctica Profesional de la dependencia.

Nombre y firma de los alumnos	
Nombre	Firma

c.c.p. Coordinador de Servicio Social y/o Práctica Profesional.

c.c.p. Docente-tutor.

c.c.p. Alumno.