

UNIVERSIDAD JUAREZ DEL ESTADO DE DURANGO FACULTAD DE MEDICINA Y NUTRICIÓN LICENCIATURA EN NUTRICION COORDINACION DEL SERVICIO SOCIAL



SERVICIO SOCIAL UNIVERSITARIO VARIANTE 1

L DATOS DEL PRESTADOR DI	E SERVICIO SOC	CIAL		
Nombre Completo:				
Matrícula:	Ciclo	escolar:	Semes	stre:
Edad:	Sexo):		
Dirección:				
Correo electrónico:				
Tel. casa:		Tel. celula	ar:	
2DATOS DE LA INSTITUCIÓN	PATROCINADO	ORA DE SERVICIO	SOCIAL	
Nombre de la Institución (no	utilice siglas):			
Dirección:				
Teléfono:				
Nombre del Director de la Ins	stitución:			
BDATOS DEL PROGRAMA				
Nombre del Programa:				
Nombre del Responsable del	Programa:			
Objetivo general del Program	na:			
Actividades que desarrollará	el Prestador:			
Periodo de prestación del ser	vicio social:			
Días de la semana que deber	á presentarse:			
Horario:				
Nota: Variante 1 corresponde administrativas. Deberá cubrir				
Victoria de Duran _g	go, Dgo., a	de	de	201
	Nombre v I	Firma del Presta		



UNIVERSIDAD JUAREZ DEL ESTADO DE DURANGO FACULTAD DE MEDICINA Y NUTRICIÓN LICENCIATURA EN NUTRICION COORDINACION DEL SERVICIO SOCIAL



SERVICIO SOCIAL UNIVERSITARIO VARIANTE 2

Nombre Completo:						
Matrícula:		escolar:	Semestr	e:		
Edad:	Sexo) :				
Dirección:						
Correo electrónico:						
Tel. casa:		Tel. celular:				
2DATOS DE LA INSTITUCIÓ		DRA DE SERVICIO	SOCIAL			
Nombre de la Institución (no utilice siglas):					
Dirección:						
Teléfono:						
Nombre del Director de la	Institución:					
3DATOS DEL PROGRAMA						
Nombre del Programa:						
Nombre del Responsable d	lel Programa:					
Objetivo general del Progr	ama:					
Actividades que desarrolla	rá el Prestador:					
Periodo de prestación del :	servicio social:					
Días de la semana que deb	erá presentarse:					
Horario:						
Nota: Variante 2 correspondes Estudios. Deberá cubrir 108				•		
Victoria de Dura	ango, Dgo., a	de	de	201		

Nombre y Firma del Prestador



UNIVERSIDAD JUAREZ DEL ESTADO DE DURANGO FACULTAD DE MEDICINA Y NUTRICIÓN LICENCIATURA EN NUTRICION COORDINACION DEL SERVICIO SOCIAL



PRÁCTICAS PROFESIONALES

1 DATOS DEL PRESTADOI Nombre Completo:	T DE SERVICIO SOC	<u></u>					
Matrícula:	Ciclo	o escolar:	Semes	tre:			
Edad:	Sexo):					
Dirección:							
Correo electrónico:							
Tel. casa:	_	Tel. celular:					
2DATOS DE LA INSTITUCI	ÓN PATROCINADO	ORA DE SERVICI	O SOCIAL				
Nombre de la Institución	(no utilice siglas):						
Dirección:							
Teléfono:							
Nombre del Director de la	Institución:						
3DATOS DEL PROGRAMA	.						
Nombre del Programa:	dal Dua anama						
Nombre del Responsable							
Objetivo general del Prog	rama:						
Actividades que desarroll	ará el Prestador:						
Periodo de prestación de	servicio social:						
Días de la semana que de	berá presentarse:						
Horario:							
Nota: Prácticas profesional	es, corresponde a	la realización de	e actividades de Nu	trición de acuerdo			
al plan de estudios. Deberá	cubrir 240 horas	en total entre 7	7º y 8º semestre de	la Licenciatura.			
Victoria de Dui	ango, Dgo., a	de	de	201			
	Nombre y	Firma del Presta	ador				