



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE  
CHIHUAHUA

Departamento de Extensión  
**Unidad Central de Servicio Social**  
Tel. 414-49-73 y 439-18-24 ext. 2317

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

Unidad Académica: \_\_\_\_\_ Carrera: \_\_\_\_\_

**MOTIVOS DE CAMBIO:** \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**DATOS DEL PROYECTO AUTORIZADO**

Folio: \_\_\_\_\_ Nombre del proyecto: \_\_\_\_\_

Unidad receptora: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del supervisor: \_\_\_\_\_

Nombre del asesor académico: \_\_\_\_\_

Periodo de prestación: \_\_\_\_\_ No. de horas acumuladas: \_\_\_\_\_

Fecha de salida del proyecto: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PROYECTO AUTORIZADO**

Nombre del proyecto: \_\_\_\_\_

Unidad receptora: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del supervisor: \_\_\_\_\_

Nombre del asesor académico: \_\_\_\_\_

Periodo de prestación: \_\_\_\_\_

**CAMBIO DE PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL**

\*Indispensable para su autorización anexar nuevo proyecto de servicio social.

Firma del alumno

Firma y sello de la Unidad de  
Servicio Social de Unidad Académica

Firma y sello de la Unidad Central  
de Servicio Social