

# Acuerdo de colaboración dependencia - alumno

**Servicio Social**



**Práctica Profesional**



Nombre del responsable en la dependencia:

Nombre del alumno:

Fecha de inicio de actividades:

Fecha de finalización:

## Rol de asistencia

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Horario							

En caso de cambio de actividades ¿con quién se acuerdan?

En caso de cambio de horario por parte del estudiante o la dependencia ¿con cuántos días de anticipación se comunican?

En caso de incumplimiento de acuerdos por parte del personal ¿a quién dirigirse?

En caso de incumplimiento de acuerdos por parte del alumno ¿a quién dirigirse?

## Otros acuerdos

Nombre y firma del responsable del servicio social y práctica profesional de la dependencia

Nombre y firma del alumno