

MEMBRETE DE LA INSTITUCION

FSS4

CARTA DE ACEPTACION

Datos del prestante del servicio social:

Nombre: _____

Edad: _____ Apellido paterno Apellido materno Nombre
Sexo: () masculino () femenino

Dirección: _____

Carrera o especialidad _____ Calle y número Colonia Ciudad y Estado Semestre _____,

Número de control _____ Créditos cursados _____

Datos del programa:

Nombre: _____

Objetivo: _____

Actividades a Desarrollar:

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____

En caso de requerir mayor espacio, integrar hojas anexas.

Tipo de actividades:

() Administrativas () Investigación () Técnicas () Docentes () Asesoría

() Otras _____

El servicio Social lo Realizara dentro de las instalaciones de la dependencia. SI NO

Horario de actividades _____ Días de trabajo (L) (M) (M) (J) (V)

Nombre y firma del Responsable del Programa en la Institución

SELLO DE LA INSTITUCIÓN

MEMBRETE DE LA INSTITUCION