

# 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