**Código:** FO-TSS-01-01

**Vigente a partir de:** 17-03-2023

**Edición:** 03

# Lugar y fecha de expedición

# No. de oficio (Es la referencia consecutiva utilizada

# por la empresa, Institución o área para el servicio social interno)

**TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL**

**P R E S E N T E**

Por medio de la presente hago de su conocimiento que el/la alumno (a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con número de matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la carrera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fue aceptado (a) para realizar el servicio social con el programa denominado (Nombre del programa), en un horario de (solo 4 horas), en un lapso de 6 meses cumpliendo un total de 480 hrs, quien estará a cargo del (Profesor(a), Encargado(a), Jefe(a), Director(a), etc..), realizando las siguientes actividades: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sin más por el momento, quedo de usted.

**A T E N T A M E N T E**

**NOMBRE Y CARGO DEL COORDINADOR O JEFE DEL AREA**

(debe coincidir con la persona que firma la solicitud registro autorización)