**CARTA RESPONSIVA DE PRÁCTICAS PROFESIONALES Y/O SERVICIO SOCIAL**

Toluca, México, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del 2024.

**C. RODOLFO GARDUÑO HERNÁNDEZ**

**JEFA DEL DEPARTAMENTO DE CAPACITACIÓN**

**Y DESARROLLO DE SEIEM.**

**PRESENTE**

Por este medio informo a usted que SI ( ) NO ( ), estoy afiliado a alguna Institución de Salud la cual es: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_anexo copia del carnet, credencial o cualquier otro documento expedido, por lo que solicito a usted tenga a bien asignarme en cualquier área de Servicios Educativos Integrados al Estado de México (SEIEM) y será bajo mi responsabilidad atender las causas de cualquier accidente que se pueda presentar.

Sin otro particular, agradezco su valioso apoyo.

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

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO**