



CARTA DE ACEPTACIÓN

Datos del prestatante del Servicio Social:

Nombre del alumno _____
apellido paterno apellido materno nombre(s)

Domicilio particular _____
calle número colonia

Ciudad _____ Estado _____ Teléfono _____

Edad _____ Sexo M () F ()

Carrera o especialidad _____ Semestre _____

Número de control _____ Créditos cursados 70 %

Datos del programa:

Nombre del Programa: _____

Objetivo: _____

Actividades a desarrollar:

1. _____
2. _____
3. _____

En caso de requerir mayor espacio, integrar hojas anexas

Tipo de actividades:

() Administrativas () Investigación () Técnicas
() Docentes () Asesoría () Otras _____

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

Original plantel
c.c.p. interesado
agu*