

**CARTA COMPROMISO DEL SERVICIO SOCIAL**

Con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en la Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional relativo al ejercicio de profesiones, el suscrito:

DATOS PERSONALES

**${apMaternoP}**

**${apPaternoP}**

**${nombreP}**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre**:** | |  | | | | |  |  | | |
|  | Nombre(s) | | | | | | Apellido Paterno | Apellido Materno  **${noDomP}** | | |
| Domicilio**:** | | | **${calleDomP}** | | | | | | |  | |
| Calle  **${colDomP}**  **${delDomP}**  **${cpDomP}** | | | | | | Número |
|  | | | | |  | | | |  | |
| Colonia  **${telCP}**  **${telCelP}** | | | | | Delegación  **${emailP}** | | | | Código Postal | |
| Teléfono: | | |  |  | |  | | | | |
|  | | | casa | celular | | Correo-electrónico | | | | |

ESCOLARIDAD

Colegio: ${colegioEscP}

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
| Licenciatura:${carreraEscP}  Plantel: **${plantelEscP}** | | | | |
| Dependencia Receptora: ${nombreDepRP}  Semestre: ${semestreEscP}  Matrícula: ${matriculaEscP} | | | | |
|  |  |  | | |
| Domicilio de la Dependencia Receptora:  **${calleDomDepRP}**  **${noDomDepRP}** | |  | | |
|  | | | |  |
| Calle  **${colDomDepRP}**  **${delDomDepRP}** | | | | Número  **${cpDomDepRP}** |
|  | | |  |  |
| Colonia | | | Delegación | Código Postal |
| Fecha de Término: ${finSsProgP}  Fecha de Inicio: ${inicioSsProgP} | | | | |
|  | | |  | |

Responsable del Programa: ${responsableProgP}

Me comprometo a realizar el Servicio Social acatando el Reglamento General de Servicio Social de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México y llevarlo a cabo en el lugar y periodos manifestados, así como a participar con mis conocimientos e iniciativa en las actividades que desempeñe, procurando dar una imagen positiva en el organismo o dependencia oficial, de no hacerlo así, quedo enterado (a) de la cancelación respectiva, la cual procederá automáticamente.

En la ciudad México Distrito Federal a los **${diaHoy}** días del mes de **${mesHoy}** del año **${anioHoy}**.

De conformidad

Firma del prestador de servicio social

${firmaD}



Con fundamento en los artículos 9 y 16 de la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal, los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales de los Prestadores de Servicio Social y Prácticas Profesionales, cuya finalidad es, el registro de prestadores de servicio social y prácticas profesionales y no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones de transmisión previstas en la Ley antes mencionada.

La responsable del Sistema de Datos Personales de los Prestadores de Servicio Social y Prácticas Profesionales es la Licenciada Martha Gloria Tera Ponce, responsable del área de Servicio Social, y la dirección donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento es a través de la Oficina de Información Pública de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, ubicada en Avenida Fray Servando Teresa de Mier número 92, cuarto piso, colonia Centro, código postal 06080, delegación Cuauhtémoc, Distrito Federal; teléfono 5134-9804, extensión 11412, con un horario de atención de 9:00 a 15:00 horas, en días hábiles, correo electrónico [**oipuacm@uacm.edu.mx**](mailto:oipuacm@uacm.edu.mx).

Asimismo, el interesado podrá dirigirse al Instituto de Acceso a la Información Pública del Distrito Federal, donde recibirá asesoría sobre los derechos que tutela la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal al teléfono: 5636-4636; correo electrónico: [datos.personales@infodf.org.mx](mailto:datos.personales@infodf.org.mx) o [**www.infodf.org.mx**](http://www.infodf.org.mx)**.**

**${autorizacionDatos} autorizo que mis datos sean difundidos.**

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

**Nombre y Firma**

${firmaD}