**Se debe imprimir en hoja membretada de la Dependencia donde realizan el Servicio Social**

No de oficio\_\_\_\_\_

Ciudad Valles, S.L.P, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_

|  |
| --- |
| **M.A.P. HÉCTOR AGUILAR PONCE** |
| **DIRECTOR DEL TECNOLÓGICO NACIONAL DE MÉXICO**  **INSTITUTO TECNOLÓGICO DE CIUDAD VALLES** |
| **P R E S E N T E** |

|  |
| --- |
| AT’N. DRA. BELEM MEZA ARTEAGA |
| Jefa del Depto. de Gestión Tecnológica y Vinculación |

Por medio de la presente me permito informarle que el (la) C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ estudiante de la carrera de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con número de control \_\_\_\_\_\_\_ , fue aceptado (a) para realizar su Servicio Social en las oficinas de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, donde cubrirá un total de 500 horas a partir del día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, laborando un total de \_\_\_\_ horas diarias, en un lapso mínimo de seis meses, no excediéndose de dos años.

Sin otro particular por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo

|  |
| --- |
| ATENTAMENTE  Nombre, cargo y firma del responsable de la dependencia |

Sello de la dependencia u organismo