



CARTA DE ACEPTACIÓN Y/O ACUERDO DE COLABORACIÓN MUTUA

Datos del prestante del servicio social:

Nombre del alumno: _____

Edad: _____ Sexo: () masculino () femenino

Domicilio: _____

Semestre: _____ Grupo: _____ Turno: _____ Especialidad: _____

No. de Control: _____

Cabe mencionar que el alumno antes mencionado cuenta con servicio médico IMSS y una Póliza de Seguro Colectivo contra Accidentes Personales (escolar).

Actividades a desarrollar:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Tipo de actividades:

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

Horario de actividades: _____ Días (L) (M) (M) (J) (V)

¿Se otorga algún tipo de beca? **(SI)** De qué tipo _____
(NO)

SELLO DE LA
DEPENDENCIA

Nombre y firma del asesor del servicio social

