Dependencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 No. de oficio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Facultad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Asunto: Se acepta al alumno para que preste su servicio social

Tlaxcala, Tlax., a \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

DR. JUAN TEHOZOL ZAMORA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COORDINADOR DE SERVICIO SOCIAL

P R E S E N T E.

Me permito comunicar a usted, que el alumno (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha sido aceptado (a) para prestar su servicio social en el programa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cuyo responsable es el C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ durante el período comprendido del \_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_ día \_\_\_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, año \_\_\_, día \_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_\_, con un horario de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas.

A T E N T A M E N T E

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre, cargo, firma y sello

Original y copia para el Coordinador de Servicio Social de la Facultad Académica

Copia para el alumno