**Fecha; día/mes/año**

**GRADO Y NOMBRE COMPLETO A QUIEN VA DIRIGIDA**

**CARGO QUE OCUPA EN LA DEPENDENCIA RECEPTORA:**

**NOMBRE DE LA DEPENDENCIA RECEPTORA:**

La Universidad Autónoma del Estado de México como Institución comprometida con el desarrollo del país, fortalece la vinculación con los diferentes sectores y otorga la presente a **el/la** C. **nombre completo del (la) prestador (a)** de la **perfil profesional** con número de cuenta **0000000**, quien cumple con los requisitos para realizar su servicio social en el **área, programa, proyecto,** iniciando el **día/mes/año**.

El/la prestador(a) debe cubrir un mínimo de 480 horas, en un período no menor a 6 meses ni mayor a 2 años, desarrollando actividades preferentemente acordes a su perfil profesional y nivel académico, respetando los acuerdos entre las partes.

Para su aceptación y cumplimiento, se requiere signar la presente, así como, los informes trimestrales y final, carta de término y evaluación, cuando se requiera.

Sin otro particular, agradezco su atención a la presente.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Atentamente****PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO** |  |  |
| **DRA. EN PSIC. DIANA RENEDO GONZÁLEZ** **RESPONSABLE DE SERVICIO SOCIAL DE LA****FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA** |  | **Vo.Bo.****Titular de la dependencia receptora** |