



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 terminó y evaluación, cuando se requiera.

Sin otro particular, agradezco su atención a la presente.

**Atentamente**  
**PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO**

Nombre completo y firma del  
Responsable de servicio social y  
Nombre y sello del Espacio Académico

**Vo.Bo.**  
**Titular de la dependencia receptora**