**HOJA MEMBRETADA DE LA DEPENDENCIA**

**ASUNTO: ACEPTACIÓN DE SERVICIO SOCIAL**

**M. en C. CLAUDIA ALARCÓN VALDEZ**

**Directora**

**Instituto Tecnológico de Los Mochis**

**AT’N: M.I. Francisco Javier Cupa Gonzalez**

**Jefe del Departamento de Gestión**

**Tecnológica y Vinculación**

Por medio de la presente me permito informarle que el (a) C. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** estudiante de la carrera de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** con número de control **\_\_\_\_\_\_\_\_** fue **aceptado (a)** para realizar su **Servicio Social** en la dependencia: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** donde cubrirá un total de mínimo 480 horas y máximo 500 horas en el programa denominado **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** a partir del día **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** en un periodo mínimo de seis meses y no mayor de dos años.

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

**A t e n t a m e n t e**

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

**FIRMA DEL RESPONSABLE DE SERVICIO SOCIAL**

**SELLO DE DEPENDENCIA**