|  |  |
| --- | --- |
| **(E*spacio exclusivo DSSyDC*)** | |
| **No. de folio** | |
| **\*Año de emisión del CSS, por reposición:** |  |

**A QUIEN CORRESPONDA**

En cumplimiento al Reglamento del Servicio Social de la Universidad Autónoma del Estado de México, solicito el certificado de servicio social (CSS), en virtud de que se cumplió con los requisitos establecidos; asumiendo la responsabilidad de que la información ha sido cotejada con documentos oficiales y no existen errores, omisiones o falsedad en los datos proporcionados; se anexan 4 fotografías (a la vista), comprobante de pago original, carta de terminación original y la documentación requerida de acuerdo al tipo de solicitud. (Ver guía para el llenado de la solicitud del certificado).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DE SOLICITUD** | | **Primera emisión** **( )** | | | | **\*Reposición**: **( )** |
| **\*ZONA DE REPOSICIÓN** | | | | | | |
| Dice: | | | | Debe decir: | | |
| **DATOS DEL (LA) PRESTADOR(A)** | | | | | | |
| Nombre(s) y apellidos: | | | | | | |
| Carrera o licenciatura: | | | | | | No. de cuenta: |
| Espacio académico: | | | | | | |
| Correo electrónico: | | | | | | |
| **NOMBRE DE LA DEPENDENCIA RECEPTORA (como aparece en la carta de término)** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **PERIODO:** | Del: dede | | | | Al: de de | |
| **SECTOR:** | Público **( )** Privado **( )** Social **( )** | | | | | |
| **SELLO *DSSyDC*** | | | **VALIDACIÓN DE EL/LA RESPONSABLE DE SERVICIO SOCIAL**  **Nombre completo, espacio académico, cargo, firma, sello** | | | |
| **Vo. Bo. de el/la prestador/a** | | | ***Observaciones*** | | | |