Fecha: día/mes/año

**GRADO Y NOMBRE COMPLETO DEL TITULAR DE LA DEPENDENCIA RECEPTORA**

**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 Licenciatura en con número de cuenta , quien cumple con los requisitos para realizar su servicio social en el área, programa, proyecto de la dependencia receptora, 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** |  | |  | |
| **Lic. Carlos Alberto Reyes Araujo**  **Coordinación de Extensión**  **Facultad de Ciencias Políticas y Sociales** | |  | | **Vo.Bo.**  **Titular de la dependencia receptora** | |