MEMBRETE DE LA DEPENDENCIA DONDE REALIZA EL SERVICIO SOCIAL

**ASUNTO: CARTA DE ACEPTACIÓN DE SERVICIO SOCIAL.**

# La Piedad, Michoacán, \_\_ de enero de 2025.

**C. Eder Chávez Acha**

**Director CBTis 84**

**PRESENTE**

**AT´N. C. ALMA ANGÉLICA AGUIRRE BRIBIESCA**

**JEFA DE LA OFICINA DE SERVICIO SOCIAL Y TITULACIÓN**

Por medio de la presente me permito notificarle que el (la) alumno (a), **NOMBRE DEL ALUMNO** con numero de control **21316050840000** y **CURP DEL ALUMNO** del grupo **6°A-LC** de la carrera de **TÉCNICO EN LABORATORISTA CLINICO** quién ha sido aceptada (o) para realizar su **Servicio Social** en el " **NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN O PROGRANA DONDE ESTÁN REALIZANDO EL SERVICIO** ", donde cubrirá un total de 480 hrs., realizadas en un periodo mínimo de seis meses un día, con un horario de **15.00 A 19.00 hrs**. a partir del **04 de FEBRERO del 2025** y concluyendo el **05 de AGOSTO del 2025** realizando las siguientes actividades:

1.-

2.-

3.-

Sin otro particular por el momento, y agradeciendo las atenciones que sirva brindar al (la) portador (a), le envío un cordial saludo.

# ATENTAMENTE

ASESOR DE LA PRACTICA PROFESIONAL (NOMBRE Y FIRMA)

SELLO DE LA INSTITUCION DONDE REALIZA EL SERVICIO SOCIAL