
Secretaría de Educación Pública

Subsecretaría de Educación Media Superior

Unidad de Educación Media Superior Tecnológica Industrial y Servicios

Centro de Bachillerato Tecnológico industrial y de servicios No. 51

“Ing. Juan de Dios Bátiz Paredes”

**CARTA COMPROMISO DE SERVICIO SOCIAL**

Con la finalidad de dar cumplimiento a lo que establece la Ley Reglamentaria del Artículo No. 5Constitucional, relativo a la prestación del servicio social de estudiantes, el (la) que suscribe \_\_\_\_\_ASGARD IRIARTE IBARRA\_\_\_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_LUIS ZUÑIGA 209\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en la colonia \_\_\_\_\_\_\_CENTRO\_\_\_\_\_\_\_\_con el código postal 82000 y que estudia en el 5TO semestre de la
especialidad \_\_\_\_\_MECATRONICA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en el CETis o CBTis No. 51, con clave 25DCT0211U y ubicado en la calle COSTADO NORTE UNIDAD DEPVA. BENITO JUAREZ Numero \_\_\_\_\_S/N\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Colonia\_\_\_VILLA GALAXIA\_\_\_\_\_\_\_ , población \_\_\_\_\_\_\_MAZATLAN\_\_\_\_\_\_\_, estado \_\_\_SINALOA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, teléfono\_\_\_\_669-90-03-01\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito autorización para liberar mi servicio social en \_\_\_\_\_\_\_\_CONFINAMIENTO SANITARIO\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cuya fecha de inicio será\_\_\_\_\_\_\_\_\_28 DE FEBRERO DEL 2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y terminara \_\_\_28 DE AGOSTO DEL 2020\_\_\_\_ comprometiéndome a sujetarme a los lineamientos del servicio social y a cumplirlo en la forma y tiempo indicada, así como a observar una conducta ejemplar durante la permanencia en el lugar del trabajo, a fin de acrecentar el prestigio del plantel y de la Dirección General de Educación Tecnológica Industrial. De no hacerlo así, me doy enterado (a) de que no me será extendida la constancia de acreditación de Servicio Social.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Nombre y firma del Prestador

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Nombre y firma del Director del Plantel Nombre y Firma del Jefe de Ofna. del
 Servicio Social

Original: Oficina de Servicio Social del Plantel
Copia para el prestador