**Fecha; Día/mes/año**

**A QUIEN CORRESPONDA**

Por este medio, solicito la elaboración del certificado de servicio social de la prestadora o prestador siguiente, de acuerdo con los requisitos del servicio.

**Nota: El \*tipo de devolución será llenado exclusivamente por el asistente “A” del Departamento de Servicio Social y Desarrollo Comunitario.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Nombre** | **\*Devolución** | **No.** | **Nombre** | **\*Devolución** |
| 1 |  |  | 21 |  |  |
| 2 |  |  | 22 |  |  |
| 3 |  |  | 23 |  |  |
| 4 |  |  | 24 |  |  |
| 5 |  |  | 25 |  |  |
| 6 |  |  | 26 |  |  |
| 7 |  |  | 27 |  |  |
| 8 |  |  | 28 |  |  |
| 9 |  |  | 29 |  |  |
| 10 |  |  | 30 |  |  |
| 11 |  |  | 31 |  |  |
| 12 |  |  | 32 |  |  |
| 13 |  |  | 33 |  |  |
| 14 |  |  | 34 |  |  |
| 15 |  |  | 35 |  |  |
| 16 |  |  | 36 |  |  |
| 17 |  |  | 37 |  |  |
| 18 |  |  | 38 |  |  |
| 19 |  |  | 39 |  |  |
| 20 |  |  | 40 |  |  |
| **A**-Fotografías, **B**-Pago, **C**-Unidad receptora, **D**-Período**, E-**Sin documentación, **F-**Exención improcedente, **G-**Otro | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO** |
| **Espacio exclusivo DSSyDC** | **Nombre completo, grado, firma de el/la responsable de servicio social y sello del espacio académico** |