|  |  |
| --- | --- |
| **ÁREA**: | \*NOMBRE DE LA COORDINACIÓN QUE EMITE EL DOCUMENTO  EJEMPLO: COORDINACIÓN DE LA LICENCIATURA EN GENÓMICA ALIMENTARIA\* |
| **FECHA:** | SAHUAYO, MICH; A 25 DE SEPTIEMBRE 2024 |
| **No. Oficio:** | N/A |
| **Asunto:** | **CARTA DE ACEPTACIÓN** |

**ING. ALEJANDRO CRUZ FERREYRA**

**SUBDIRECTOR DE SERVICIO SOCIAL Y PASANTES**

**PRESENTE.**

Por este conducto se hace constar que la **C.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,** alumno de la Universidad de La Ciénega del Estado de Michoacán de Ocampo (UCEMICH), de la trayectoria de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con número de matrícula **\_\_\_\_\_\_\_**, realizará su Servicio Social en nuestra institución **Universidad de la Ciénega del Estado de Michoacán de Ocampo**, en un periodo comprendido del **25** de **septiembre** del **2024** al **25** de **marzo** del **2025** y cubriendo un total de 480 horas.

Se extiende la presente para los fines legales que convengan al interesado.

ATENTAMENTE

**Nombre de la persona responsable del programa**

Cargo que tiene

(Nota: la hoja debe de ir membretada, firmada y sellada por el responsable del programa del lugar en el que tú estás prestando tu servicio social)

|  |  |
| --- | --- |
| **ÁREA**: | \*NOMBRE DE LA COORDINACIÓN QUE EMITE EL DOCUMENTO  EJEMPLO: COORDINACIÓN DE LA LICENCIATURA EN GENÓMICA ALIMENTARIA\* |
| **FECHA:** | SAHUAYO, MICH; A 25 DE SEPTIEMBRE 2024 |
| **No. Oficio:** | N/A |
| **Asunto:** | **CARTA DE ACEPTACIÓN** |

**SERGIO MIGUEL CEDILLO FERNÁNDEZ**

**RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE LA CIÉNEGA**

**DEL ESTADO DE MICHOACÁN DE OCAMPO**

**PRESENTE.**

Por este conducto se hace constar que la **C.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,** alumno de la Universidad de La Ciénega del Estado de Michoacán de Ocampo (UCEMICH), de la trayectoria de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con número de matrícula **\_\_\_\_\_\_\_**, realizará su Servicio Social en nuestra institución **Universidad de la Ciénega del Estado de Michoacán de Ocampo**, en un periodo comprendido del **25** de **septiembre** del **2024** al **25** de **marzo** del **2025** y cubriendo un total de 480 horas.

Se extiende la presente para los fines legales que convengan al interesado.

ATENTAMENTE

**NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PROGRAMA**

**Cargo que tiene**

(Nota: la hoja debe de ir membretada, firmada y sellada por el responsable del programa del lugar en el que tú estás prestando tu servicio social)