|  |  |
| --- | --- |
| **Anexos II** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Carta de Terminación del Servicio Social** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **C.\_\_\_\_ING. DAVID GERARDO VELASCO GONZÁLEZ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| DIRECTOR(A) DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE HUATUSCO |
|  |  |
| **At´n:\_\_ LIC. JOSE MARTIN ALVAREZ PEREZ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |
| JEFE(A) DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN Y VINCULACIÓN |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre de(el/la) prestador de Servicio Social:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| en el periodo comprendido del\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de  |
| 20\_\_\_\_\_\_\_, en su carácter de prestador de Servicio Social, acumulando un total de  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas en el desarrollo del programa denominado: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| En la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ días del mes de  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año\_\_\_\_\_\_\_\_\_, se extiende la presente Carta de terminación  |
| de Servicio Social, para los fines que a (el/la) interesado(a) convengan. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Atentamente:** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Sello de la Dependencia/ Organismo |  |
|  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |  |  |
| **Nombre, Cargo y firma de (el/la) Responsable del Programa** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **c.c.p. Expediente Oficina de Servicio Social** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |