CARTA COMPROMISO DE SERVICIO SOCIAL

XX DE XXXXXXXXX DE XXXX – XX DE XXXXXXXXX DE XXXX

CON EL FIN DE DAR CUMPLIMIENTO A LO ESTIPULADO EN LA LEY REGLAMENTARIA DEL ARTÍCULO 5º CONSTITUCIONAL RELATIVO A LA PRESTACIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTUDIANTES Y PROFESIONISTAS,

EL (LA) QUE SUSCRIBE PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL:

XXXXX

Con No. de Matrícula: XXXXXXXXXXXX de la Licenciatura/Carrera en: XXXXXXXX con domicilio particular ubicado en: XXXXXXXXXX el número telefónico que proporciono es con el fin de recibir notificaciones por parte del Departamento de Servicio Social es: XXXXXXXXXX el correo electrónico para el mismo fin es: [xxxxxxxx@gmail.com](mailto:xxxxxxxx@gmail.com) Nombre de la dependencia donde realizo Servicio Social: XXXXXXXXXXXX Domicilio XXXXXXXXX y teléfono de la dependencia: XXXXXXXXXXX

1. *SE COMPROMETE* a realizar su Programa de Servicio Social en la dependencia y periodo arriba manifestado y a cumplirlo en los términos establecidos por la Ley de Profesiones del Estado de Veracruz, así como acatar el Reglamento Escolar vigente de la EAV Centro Universitario.
2. RESPETARÁ el horario y las fechas establecidas por el Departamento de Servicio Social de EAV Centro Universitario para entregar en 1 original y 1 fotocopia los reportes trimestrales.
3. ENTREGARÁ reportes en tiempo y forma, de lo contrario el Departamento de Servicio Social de la Secretaría de Educación puede cancelar el trámite del respectivo proceso.
4. *QUEDA ENTERADO(a)* de que no se recibirán reportes arrugados, manchados, doblados, rotos o con anotaciones a mano y que DEBE respetar el formato establecido.
5. *NO PRESENTARÁ* documentos apócrifos (firmas, sellos, hojas con membrete falsificados). Sí incurre en esta falta, la Dirección de EAV Centro Universitario en acuerdo con Secretaría de Educación sancionará con medidas estrictas.
6. *SE EMPEÑARÁ* en participar con sus conocimientos e iniciativa en las actividades que se realicen en las comunidades o en el lugar donde realice su servicio, difundiendo en forma positiva la imagen de EAV Centro Universitario.
7. De no hacerlo así, *QUEDA INFORMADO(a)* de que la baja en la prestación del Servicio Social, procederá automáticamente.

ACEPTO Y ME RESPONSABILIZO CON LO ESTIPULADO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

XXXXXXXX

|  |
| --- |
| FIRMA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL  XXXXXXXXXXXXXX  DEPARTAMENTO DE TITULACIÓN, PRÁCTICAS PROFESIONALES,  SERVICIO SOCIAL Y BECAS |