Con el fin de dar cumplimiento con lo establecido en la Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional relativo al ejercicio de profesiones, el suscrito:

Nombre del prestante del Servicio Social: **(1)**

Número de control: **(2)**

Domicilio: **(3)**

Teléfono: **(4)**

Carrera: **(5)** Semestre: **(6)**

Dependencia u organismo: **(7)**

Domicilio de la dependencia: **(8)**

Responsable del programa: **(9)**

Fecha de inicio: **(10)** Fecha de terminación: **(11)**

Me comprometo a realizar el Servicio Social acatando el reglamento emitido por el Tecnológico Nacional de México y llevarlo a cabo en el lugar y periodos manifestados, así como, a participar con mis conocimientos e iniciativa en las actividades que desempeñe, procurando dar una imagen positiva del Instituto en el Organismo o Dependencia oficial, de no hacerlo así, quedo enterado(a) de la cancelación respectiva, la cual procederá automáticamente.

En la Ciudad de**: (12)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** del día**\_\_\_\_\_** del mes**\_\_\_\_\_\_\_** de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**CONFORMIDAD**

**(13)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del prestante del Servicio Social**

|  |  |
| --- | --- |
| **NÚMERO** | **DESCRIPCIÓN** |
| 1 | Escribir el nombre completo del estudiante interesado en realizar el Servicio Social. |
| 2 | Anotar el número de control del prestante de Servicio Social. |
| 3 | Anotar el domicilio particular del prestante de Servicio Social. **(calle, número, colonia o barrio, localidad, municipio)** |
| 4 | Anotar los números telefónicos **(celular, casa, recados)** del prestante de Servicio Social. |
| 5 | Anotar la carrera en la cual se encuentra inscrito el estudiante. |
| 6 | Anotar el semestre en el que se encuentra cursando el servicio social. |
| 7 | Anotar el nombre de la dependencia en la que realizará el Servicio Social. |
| 8 | Anotar el domicilio de la dependencia en la que realizará el servicio social  **(calle, numero, colonia o barrio, localidad, municipio)** |
| 9 | Anotar el nombre completo del responsable del programa en la dependencia. |
| 10 | Anotar la fecha de inicio. **(día mes y año de inicio)** |
| 11 | Anotar la fecha de terminación. **(día mes y año de término)** |
| 12 | Anotar el día, mes y año en que se firma esta carta compromiso. |
| 13 | Firma del interesado |