

**SOLICITUD DE EXENCIÓN DEL
 SERVICIO SOCIAL POR EDAD
 Y/O ENFERMEDAD GRAVE**

Dr. Luis Amado Ayala Pérez
 Director de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud
 PRESENTE

Solicito la exención de mi Servicio Social por edad y/o enfermedad :

Fecha de Recepción	Día	Mes	Año	Fecha de Aprobación	Día	Mes	Año
--------------------	-----	-----	-----	---------------------	-----	-----	-----

Datos del Alumno

Nombre :	
Matrícula :	Licenciatura :
Domicilio :	
Teléfono :	Celular :
Correo Electrónico :	CURP :

Motivo de la Exención

<input type="checkbox"/> POR ENFERMEDAD Diagnóstico :	<input type="checkbox"/> POR EDAD Fecha de Nacimiento <table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año
Día	Mes	Año		
Institución Oficial que emite el certificado médico :				

FIRMAS

Alumno Nombre y firma	Jefe inmediato Cargo, nombre, firma y sello
--------------------------	--