

**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