**INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE TAMAZUNCHALE, S.L.P.**

**CARTA RESPONSIVA DE SERVICIO SOCIAL**

**DEPARTAMENTO DE RESIDENCIAS PROFESIONALES Y SERVICIO SOCIAL**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tamazunchale, San Luis Potosí, a | 09 | de | Agosto | de | 2023 |

LIC. JUAN JOSÉ MOLINA OLVERA

DIRECTOR GENERAL DEL ITST

PRESENTE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Quien suscribe | |  | | | | con numero de control: | | |  |
| estudiante de la carrera de | | |  | | | | del Instituto Tecnológico | | |
| Superior de Tamazunchale, S.L.P. (ITST), manifiesto que estoy enterado (a) de la contingencia sanitaria provocada por el virus SARS-CoV-2 (causante de la enfermedad COVID-19), estoy consciente que, durante el periodo de contingencia epidemiológica y distanciamiento social, existe el riesgo de infección al estar en contacto con personas por lo que es mi voluntad realizar el Servicio Social en la empresa, dependencia u organismo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| a efectuarse del | 14 agosto de 2023 | | | al | 14 de febrero de 2024 | | | . | |

En virtud a lo anterior, reconozco y acepto que será bajo mi exclusiva responsabilidad cualquier situación que llegase a suscitarse durante el desarrollo del Servicio Social, por lo que:

* Expresadamente deslindo al ITST y a su personal de cualquier responsabilidad derivada de cualquier clase de daños, accidentes, enfermedades, etc. que se pudiera ocasionar como resultado de la negligencia de cualquier tipo que se generen durante el desarrollo del Servicio Social.

|  |  |
| --- | --- |
| Para tal efecto, manifiesto contar con el seguro facultativo vigente con el No. |  |
| reconociendo además que, durante mi participación en el Servicio Social, me obligo a cubrir cualquier daño total o parcial ocasionado a terceros, ya sea que se generen por impericia, dolo o mala fe. | |

De conformidad con lo aquí expuesto, manifiesto que no existe impedimento de ninguna naturaleza para la firma del presente documento.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Atentamente | |  | | Vo.Bo | |
|  |  | |  | |
| Nombre y firma del (la) Prestador (a)  de Servicio Social | |  | | Padre, madre o tutor(a) | |