



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

FORMATO SS-E

# SOLICITUD DE EXENCIÓN DEL SERVICIO SOCIAL POR EDAD O ENFERMEDAD GRAVE

FECHA	DÍA	MES	AÑO

DIRECTOR DE LA DIVISIÓN DE

## PRESENTE

Solicito la exención de mi Servicio Social por edad y/o enfermedad.  
 Unidad Universitaria  
 DIVISIÓN

## DATOS DEL ALUMNO

Nombre Completo	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
Matrícula		Licenciatura	
Domicilio			
Teléfono		Celular	
E Mail		CURP	

## MOTIVO DE LA EXENCIÓN

POR ENFERMEDAD
  POR EDAD
 

DÍA	MES	AÑO

Diagnóstico

Institución oficial que emite el certificado médico

## FIRMAS

ALUMNO  
Nombre y firma

CARGO  
Nombre, firma y Sello