



Responsiva Servicio Social

Ciudad de México a ____ de ____ 2020

Sirva este medio para expresar que es de mi conocimiento que la asignación del campo clínico de **Servicio Social** se realiza en las condiciones indicadas por el sector salud, porque yo así lo he solicitado y que estoy consciente de los riesgos que conlleva dicha decisión en este periodo de contingencia sanitaria por **Covid-19**. Así mismo sé que una vez seleccionada y aceptada la plaza que me otorga la **Secretaría de Salud de la Ciudad de México** realizaré todos los trámites correspondientes necesarios para dicha asignación y tengo pleno conocimiento que no podré solicitar me sea retirado del campo en caso de nuevas contingencias o rebrotes de dicho virus.

Así mismo manifiesto que mis padres o tutores estas sabidos y en conocimiento de dicha situación y de la contingencia actual vivida y apoyan mi decisión en su totalidad.

Nombre y Firma del Alumno

Nombre y Firma del Padre o Tutor.

(Incluir imagen o archivo pdf del IFE del padre o tutor)

--	--

