



INSTITUTO UNIVERSITARIO POLITÉCNICO  
SANTIAGO MARIÑO  
EXTENSION \_\_\_\_\_  
DEPARTAMENTO DE EXTENSIÓN UNIVERSITARIA  
ÁREA DE SERVICIO COMUNITARIO

## COMPROMISO DEL PRESTADOR DEL SERVICIO COMUNITARIO

Yo \_\_\_\_\_, portador de la Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_ estudiante del \_\_\_\_\_ Semestre de la carrera \_\_\_\_\_, me comprometo a cumplir con los requisitos establecidos por el Departamento de Extensión Universitaria con respecto al Programa del Servicio Comunitario.

Ciudad \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de 2024

Alumno: \_\_\_\_\_

C.I. N°: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_