***Puedes tomar como referencia el siguiente modelo y texto sugerido para tu solicitud.***

*[Ciudad], [Día] de [Mes] de 2025*

*Señora*

***ELVIRA PACHERRES MENDIVES DE SEVERINO****Directora de la Dirección de Acompañamiento Socioemocional y Bienestar****Presente. -***

***Asunto:*** *Solicito la exoneración o extinción del cumplimiento del compromiso de servicio al Perú, por sobrevenir al beneficiario(a) incapacidad permanente o enfermedad terminal.*

*De mi consideración:*

*Me dirijo a usted para saludarla cordialmente y a su vez requerirle la exoneración o extinción del cumplimiento del Compromiso de Servicio al Perú, por sobrevenir al beneficiario(a) incapacidad permanente o enfermedad terminal. En ese sentido, expongo lo siguiente:*

*(señalar el motivo por el que solicita la exoneración del cumplimiento del Compromiso de Servicio al Perú)* *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Para dicho efecto, cumplo con presentar la documentación establecida en el numeral 11.1.1. del artículo 11° de la Resolución Directoral Ejecutiva N° 150-2024-MINEDU-VMGI-PRONABEC, y su modificatoria, la Resolución Directoral Ejecutiva N° 052-2025-MINEDU/VMGI-PRONABEC, esto es:*

1. *Certificado médico que evidencie la incapacidad permanente o la enfermedad terminal conforme a las disposiciones establecidas en la normativa vigente sobre la materia.*

*Asimismo, se adjunta documento de finalización de los estudios.*

*Finalmente, y de acuerdo a lo establecido en el numeral 20.1.2. del Art. 20° del TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo General, a través de la presente solicito de manera EXPRESA la notificación de la respuesta a mi solicitud al correo electrónico indicado en el Anexo I, comprometiéndome a brindar el acuse de recibo respectivo en el plazo que corresponde.*

***Anexo I***

|  |  |
| --- | --- |
| *Nombres y Apellidos del beneficiario(a):* |  |
| *DNI del beneficiario(a):* |  |
| *Nombres y apellidos del solicitante:* | *(en caso no lo presente el beneficiario)* |
| *DNI del solicitante:* |  |
| *Dirección:* |  |
| *Distrito:* |  |
| *Provincia:* |  |
| *Departamento:* |  |
| *Teléfono:* |  |
| *Correo electrónico:* |  |
| *Beca:* | *(debes precisar la totalidad de las becas obtenidas, en caso hayas sido beneficiado con más de 01 beca)* |
| *Institución Educativa:* |  |
| *Fecha de egreso:* |  |

*Atentamente,*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
[NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO(A)]*

*[DNI]*