**Formato de Pre inscripción al Servicio Social**

FOTO INFANTIL

**Periodo: 2020**

Fecha de inicio y término: Del 01 de enero del 2020 al 31 de diciembre de 2020.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. de Cuenta | |  | | | Promedio: | |  |
| Nombre: | | | | | | | |
|  | | Apellido Paterno | | | A. Materno | | Nombre (s) |
| Fecha de Nacimiento: | |  | | | CURP: | |  |
| R.F.C |  | | | | Estado Civil: | |  |
| Género: |  | | | |  | |  |
| Domicilio |  | | | |  | |  |
|  | Calle y numero | | | | Colonia | | C.P |
|  |  | | | |  | |  |
| Delegación o Municipio | | |  | | | | |
| Teléfono local | | |  | | Celular |  |  |
| Correo electrónico: | | | |  | | |  |
| En caso de emergencia contactar a: | | | |  | | | Teléfono: |

MARQUE SU RESPUESTA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ha **cursado** alguna vez el Internado Médico | …………………………………. | SI | NO |
| Es **trabajador actualmente** de alguna Institución de Salud Pública | …………………………………. | SI | NO |
| Padece actualmente alguna enfermedad crónica o **incapacitante** | ………………………………….. | SI | NO |
| Actualmente se encuentra bajo tratamiento médico | ………………………………….. | SI | NO |

Especifique su padecimiento médico y donde es usted tratado:

(Anexe documentación oficial probatoria, en caso de ser trabajador, al enviar éste documento)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL ALUMNO