**Formato de Pre inscripción al servicio social**

FOTO INFANTIL

**Periodo: 2020**

Fecha de inicio y término: Del 2020 al 2021

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

MARQUE SU RESPUESTA

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

Especifique su padecimiento médico y donde es usted tratado:

(anexe documentación oficial probatoria al enviar este documento)

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

FIRMA DEL ALUMNO