**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