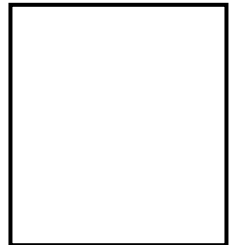




COORDINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL Y PRÁCTICAS

FICHA DE IDENTIFICACIÓN



Servicio Social

Prácticas

Nombre: _____ Género: _____ Edad: _____
Fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____ Estado civil: _____

Domicilio: _____
Teléfono celular: _____ Otro: _____ E-mail: _____

Carrera: _____ No. de matrícula: _____

Universidad: _____

Créditos cubiertos: _____ Total de horas a cubrir: _____

Motivos que te impulsaron a realizar tu servicio social/ prácticas en esta institución: _____

Otras habilidades ajenas o relacionadas con tu carrera: _____

En caso de emergencia comunicarse con: _____

Parentesco: _____ Datos de contacto: _____

De acuerdo con tu condición de salud, padeces alguna enfermedad crónica: SÍ NO

Si tu respuesta es sí, explica ¿Cuál es?: _____

Requieres algún medicamento ¿Cuál? _____ Tipo de sangre: _____

Presentas alergias a algún medicamento ¿Cuál? _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de término: _____

Horario a cubrir:

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes

Área seleccionada para la realización del servicio: _____

Personal de supervisión: _____

Cuenta con recorrido de inducción: Sí () No () Fecha: _____

Fecha

Firma

