|  |  |
| --- | --- |
| Pega tu foto aquí | Nombre completo(Apellido Paterno, Materno y Nombre) |
| Matrícula |
| Fecha de Nacimiento: | Edad: años |
| Periodo Académico: |  |
| Práctica Clínica, I,II,III o IV/ Práctica Profesional Supervisada/ Servicio Social / IRP /Servicio social | Señalar lo que corresponda: |
| No. De Seguridad Social: |  |
| Nacionalidad: |  |
| Correo Electrónico: |  |
| CURP: |  |
| Domicilio Particular: |  | Colonia**:**  |
| C.P.  |
| Ciudad: |  | Estado:  |
| Teléfono / Celular: |  | Teléfono fijo (Lada) |
| Nombre completo de un familiar o persona de contacto en caso de emergencia: |  |
| Parentesco: |  |
| Domicilio, colonia, No. De casa, C.P., Estado. |  |
| Teléfono fijo: |  | Teléfono celular |
| QUE CONOZCO LOS AVISOS DE PRIVACIDAD INTEGRAL Y SIMPLIFICADO DE LA BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA, PUBLICADOS EN: [www.transparencia.buap.mx](http://www.transparencia.buap.mx) |
| H. PUEBLA DE ZARAGOZA, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_ DE 2020.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FIRMA DE LA ALUMNA O ALUMNO |