|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | | |