 **BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**COORDINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL**

**DR. CELSO ENRIQUE CORTÉS ROMERO**

**DIRECTOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA**

**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA**

**PRESENTE.**

**AT´N DRA. MINOU DEL CARMEN ARÉVALO RAMÍREZ**

**COORDINADORA DE SERVICIO SOCIAL**

**ASUNTO:** FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Bajo protesta de decir verdad, siendo día \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_.

Yo C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con matrícula\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en calidad de aspirante al Servicio Social periodo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con promedio\_\_\_\_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, siendo mi correo institucional el sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y con número de contacto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Sus datos personales serán utilizados con la finalidad de realizar el registro de las personas aspirante al servicio social, en el cual la institución podrá establecer comunicación para dar seguimiento y atención al alumno, así como para aclarar dudas sobre sus datos, ya sea por algún error o imprecisión, notificación de cancelación o cambio de horario, fecha y/o sede.

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

**Nombre y Firma del alumno.**

**Teléfono Celular.**

**Correo Electrónico.**

# FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Página 1 de 1