**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 SEDE.

 Yo C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en calidad de aspirante al Servicio Social periodo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Datos de la sede receptora**:

 Nombre de la sede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado receptor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Nombre de la institución \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Datos referentes al jefe de enseñanza o médico encargado del servicio social:**

* Nombre completo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Cargo/ nombramiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estos datos serán utilizados con la finalidad de realizar el registro a las sedes postuladas en este periodo del 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.

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

**Nombre y firma del alumno**

# FICHA DE SEDES

Página 1 de 1