Anexo

**Fotografía**

**SERVICIO SOCIAL 2022-2023**

**FORMATO DE DATOS GENERALES**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre (s) y Apellidos | |
| Celular  Teléfono (para urgencias) | Correo electrónico |
| Edad |  |
| Lugar de residencia | Universidad |
| Promedio final o al momento de enviar documentación | |
| Personas con las que vive habitualmente | |
| Persona o personas de quien depende económicamente | |
| Enliste en orden jerárquico las áreas en donde le gustaría realizar su servicio social. | |
| ¿Por qué seleccionó esas áreas? | |
| ¿Requiere de tesis para la titulación? | |
| ¿Tiene experiencia clínica? En caso afirmativo, describir | |
| ¿Tiene experiencia en investigación? En caso afirmativo, describir | |
| ¿Se encuentra aplicando a algún otro Departamento del INCMNSZ o a algún otro hospital para la realización de su servicio? | |
| ¿En qué le gustaría desempeñarse al terminar su servicio social? | |