**Fotografía**

**FORMATO DE DATOS GENERALES**

**SERVICIO SOCIAL 2024-2025**

**SERVICIO DE HEPATOLOGÍA Y TRASPLANTE HEPÁTICO**

**ANEXO**

|  |
| --- |
| **Nombre completo:** |
| **Correo electrónico:** |
| **Teléfono celular:** |
| **Edad:** |
| **Lugar de residencia:** |

|  |
| --- |
| **Universidad:** |
| **Promedio final al momento de envío de documentación:** |
| **¿Por qué decidió aplicar al servicio social en Hepatología y Trasplante Hepático?** |
| **¿Tiene experiencia clínica? En caso afirmativo, describir** |
| **¿Tiene experiencia en investigación? En caso afirmativo, describir** |
| **¿Tiene otra opción de sede para el servicio social?** |
| **¿En qué le gustaría desempeñarse al concluir el servicio?** |