**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?** |