**Instrucciones:**

Llenar el formato con la información solicitada

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA ALUMNA O ALUMNO** | | |
| **INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE PROCEDENCIA:** | | |
|  | | |
| **NOMBRE DE LA ALUMNA O ALUMNO:** | | |
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre (s) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Edad:** | **Sexo** | **Nacionalidad:** | | **RFC:** | | **CURP:** |
|  | M |  | |  | |  |
| F |
| **DOMICILIO:** | | | | | | |
| Calle | | Número | Colonia | | C.P. | Entidad Federativa: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Teléfono (s) de contacto:** | **Teléfono Celular:** | **Correo electrónico** | **Promedio Escolar** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA SEDE DE SERVICIO SOCIAL** | | | | |
| Nombre de la Sede donde realizará el Servicio Social: | | | | |
| Departamento o laboratorio | | | Municipio o localidad | |
| **Tipo de Sede** | | | | |
| Establecimiento de atención médica de primer nivel de atención |  | Servicios Auxiliares y de Diagnóstico | |  |
| Establecimiento de atención médica segundo nivel de atención |  | Unidades Administrativas pertenecientes al Sector Salud | |  |
| Establecimiento de atención médica tercer nivel de atención |  | Centros de Investigación de instituciones públicas educativas | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DOMICILIO DE LA INSTITUCIÓN SEDE:** | | | | |
| Calle | Número | Colonia | C.P. | Entidad Federativa: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATOS DEL TUTOR O TUTORA:** | | |
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre (s) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Categoría de S.N.I. | Periodo de vigencia S.N.I.: | Otro: | Teléfono: | Teléfono Celular: | Correo electrónico |

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS DEL PROTOCOLO:** | |
| Nombre completo del Protocolo: | |
| Línea de investigación: | Tiempo de trabajar en ella: |