

Ficha de Identificación (Áreas de Salud)

Fecha de entrega¹:

Datos del Prestador

Número de cuenta:

Licenciatura:

Escuela Superior o Instituto:

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombre (s):

Sexo: Masculino () Femenino ()

Estado Civil:

Teléfono

Escribe un número de teléfono fijo

Escribe tu número celular

Idiomas

¿Hablas alguna lengua o idioma Si No

En caso de ser afirmativa tu respuesta, ¿Qué lengua o idioma?

Correos:

Escribe el correo institucional

Escribe un correo personal

Alumno (a)

Edad:

Escribe aquí nombre del prestador(a) y firma sobre la línea.
Prestador(a)

¹ Para Institutos o Escuela Superior, este formato será entregado al departamento de servicio social de acuerdo a la fecha correspondiente en tu calendario y en un horario de 8:00 hrs. a 15:00 hrs.

² Debes incorporar una fotografía tamaño individual únicamente del rostro. Puede ser física o digital.