(ANEXO 2)

SOLICITUD DE SERVICIO SOCIAL Y / O PRACTICAS PROFESIONALES	**FOTO RECIENTE**
FECHA:	
SERVICIO SOCIAL ( ) PRÁCTICAS PROFESIONALES ( ) No. Horas:	
Apellido Paterno: Apellido Materno:	
Nombre(s): Edad:	
Tel. Particular: E-Mail:	

DATOS GENERALES		
Fecha de Nacimiento:	CURP:	RFC:
FM3 (Extranjeros)(as):	Nacionalidad:	Masculino ( ) Femenino ( )
Identificación:	Clave de la Identificación	
DOMICILIO		
Calle:		
Núm. Exterior:	Núm. Interior:	Estado:
Alcaldía o Municipio:	Colonia:	C.P.:
Tel. Casa:	Tel. Recados:	
DATOS ESCOLARES		
Carrera:		
Institución Educativa:	Plantel:	
Duración de la Carrera:	Años ( ) Semestres ( ) Cuatrimestres ( ) Trimestre ( )	
Nivel Licenciatura ( ) Técnico ( ) Secretariado ( )	Año o Semestre que cursa Actualmente:	
Horario de Clases:	Horario para prestar su Servicio o Prácticas:	
Promedio:	Porcentaje de Créditos:	Matrícula o Cuenta:
Idiomas (Niveles):		
Conocimiento de Paquetes y Lenguajes Computacionales (Niveles):		
Nombre del (la) Responsable de Servicio Social en su Institución Educativa:		
Cargo:		
INFORMACIÓN ADICIONAL		
Quién le informó sobre la realización del Servicio o Prácticas en la SEGOB:		
Tiene familiares trabajando en la SEGOB **SI** **NO** Nombre y Puesto:		

Río Amazonas No. 91, Col. Cuauhtémoc, Cuauhtémoc, C.P. 06500, CDMX.
Tel: 01 (55) 5128 0000 www.gob.mx/segob

(ANEXO 2)

ESTADO DE SALUD
ACTUALMENTE ¿CÓMO CONSIDERA SU ESTADO DE SALUD?
BUENO ( ) REGULAR ( ) MALO( )
¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA?
NO ( ) SI ( ) ¿CUÁL?:
¿PADECE ALGÚN PROBLEMA VISUAL O AUDITIVO?
NO ( ) SI ( ) ¿CUÁL?:
¿PADECE DE CRISIS EPILÉPTICAS O CONVULSIONES?
NO ( ) SI ( ) ¿CUÁL?:
¿PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD O TIENE ALGÚN IMPEDIMENTO FÍSICO PARA REALIZAR ALGUNA ACTIVIDAD?
NO ( ) SI ( ) ¿CUÁL?:
¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?
NO ( ) SI ( ) ¿CUÁL?:
CONTACTO DE EMERGENCIA:
NOMBRE:
TELEFONOS:

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales "Expedientes de Servicio Social", con fundamento en el Artículo 29 Fracción 8 del Reglamento Interior de la SEGOB y cuya finalidad es operar sistemas y procedimientos en materia de reclutamiento y selección, el cual fue registrado en el Listado de Sistemas de Datos Personales ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública, dichos datos podrán ser verificados por los medios que la dependencia establezca para tal efecto. La Unidad Administrativa responsable del Sistema es la Dirección General de Recursos Humanos en donde el interesado (a) podrá ejercer los derechos de acceso y corrección de sus datos. Lo anterior se informa en cumplimiento del Decimoséptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005.	**FIRMA DEL INTERESADO**

Río Amazonas No. 91, Col. Cuauhtémoc, Cuauhtémoc, C.P. 06500, CDMX.
Tel: 01 (55) 5128 0000 www.gob.mx/segob