|  |  |
| --- | --- |
| Expediente No. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del alumno(a): | YOLLOXOCHITL TEHOZOL VARGAS |
| Facultad: | CIENCIAS DE LA SALUD |
| Fecha de nacimiento: | 13 DE ENERO DE 1988 |
| Estado civil: | SOLTERA |
| Domicilio particular: | AV. TLAXCALA No. 30 – A | Tel: | 2464971120 |
| Población: | TEPEYANCO | Municipio: | TEPEYANCO | Estado: | TLAXCALA |
| Licenciatura: | MÉDICO CIRUJANO |
| Semestre que cursa: | 6º. año | Número de matrícula:  | 20052390 |

Dependencia o institución donde realiza su servicio social:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Domicilio: | U.M.F No. 7 ZACATELCO, TLAXCALA | Tel: |  |
| Sector al que pertenece el lugar de prestación: | SECTOR SALUD IMSS |
| Programa: | PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN |
| Área a que pertenece el programa: | PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN |
| Horario de: |  | a |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tlaxcala, Tlax., a  | 7 | de | JULIO | de | 2010 |

Firma del alumno

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Original y copia para el coordinador o responsable del Servicio Social de la Facultad Académica

Copia para el alumno