

**Servicio Social, Residencias ó Prácticas Profesionales**

Unidad Solicitante \_\_\_\_\_.

**DR. JUAN L. ORTEGON PACHECO**  
**SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL**  
**DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD**  
**P R E S E N T E**

Por medio del presente expreso mi deseo de realizar mi(s) \_\_\_\_\_, cumpliendo con las Normas Oficiales Vigentes y la Normatividad del Estado.

**DATOS PERSONALES**

|                  |                  |                    |
|------------------|------------------|--------------------|
| _____            | _____            | _____              |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre (s)         |
| _____            | _____            | _____              |
| Tel. Particular  | Te. Celular      | Correo Electrónico |

**DATOS EDUCATIVOS**

|                        |                            |                      |                |
|------------------------|----------------------------|----------------------|----------------|
| _____                  | _____                      | _____                |                |
| Escuela de Procedencia | Nombre del Director/Rector | Teléfono y Extensión |                |
| _____                  | _____                      | _____                |                |
| Carrera                | Matrícula                  | Turno Escolar        | Duración (hrs) |

**DATOS DE LA ADSCRIPCIÓN**

|                            |                         |                           |
|----------------------------|-------------------------|---------------------------|
| _____                      | _____                   |                           |
| Área/Departamento asignado | Responsable de Asesoría |                           |
| _____                      | _____                   |                           |
| Horario                    | Turno Asignado          | Fecha de inicio y termino |

Fecha de la Solicitud \_\_\_\_\_.

El responsable del Departamento de Enseñanza, ha verificado y cotejado las copias con los documentos originales, integrando en su totalidad el expediente del alumno solicitante.

**NOMBRE Y FIRMA DE CONFORMIDAD**

|           |   |                          |
|-----------|---|--------------------------|
| _____     | _____                                   | _____                    |
| El Alumno | Responsable de la Institución Educativa | Responsable de Enseñanza |