



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA Y HOMEOPATÍA
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN ESCOLAR



MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL

SERVICIO SOCIAL

DE AGOSTO DE 2019 A JULIO DE 2020

FECHA: _____ No. BOLETA: _____

NOMBRE: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

DOMICILIO: _____ COLONIA: _____

DELEGACIÓN O MUNICIPIO: _____ COD. POSTAL: _____

TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

REQUISITOS ANEXOS A ESTA SOLICITUD:

- A) ORIGINAL Y COPIA DE LA "SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL SERVICIO SOCIAL"
- B) FICHA DE DEPÓSITO ORIGINAL Y FOTOCOPIA DEL DONATIVO, MONTO SUGERIDO \$580.00
- C) IMPRESIÓN DEL S.A.E.S. DE LAS CALIFICACIONES DEL INTERNADO
- D) FOTOCOPIA DE LA LIBERACIÓN DEL INTERNADO MÉDICO DE PREGRADO
- E) CONSTANCIA DE VIGENCIA DE DERECHOS DEL I.M.S.S. (<http://www.imss.gob.mx/imssdigital>)
O CARNET VIGENTE DE OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD
- F) FORMATO DE SEGURO DE VIDA

INFORMACIÓN DEL DONATIVO

DEPÓSITO EN:



NÚMERO DE CONVENIO: **001385720**

A NOMBRE DE: **COMISIÓN DE OPERACIÓN Y FOMENTO
DE ACTIVIDADES ACADÉMICAS DEL I.P.N.**

REFERENCIA: **3210000313**

ANOTAR: APELLIDO 1, APELLIDO 2 Y NOMBRE(S)

FIRMA DEL ALUMNO (A)

MÁS INFORMACIÓN EN: www.donativos.ipn.mx