



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



# MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL

## SERVICIO SOCIAL

PERIODO DE FEBRERO DE 2021 A ENERO DE 2022

FECHA: \_\_\_\_\_ No. BOLETA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombre(s)

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ COLONIA: \_\_\_\_\_

DELEGACIÓN O MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ C. P.: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

REQUISITOS ANEXOS A ESTA SOLICITUD:

- A) ORIGINAL Y FOTOCOPIA DE ESTA SOLICITUD
- B) FICHA DE DEPÓSITO ORIGINAL Y FOTOCOPIA DEL DONATIVO, MONTO SUGERIDO \$610.00
- C) CONSTANCIA DE VIGENCIA DE DERECHOS DEL I.M.S.S. (<http://www.imss.gob.mx/imssdigital>) O CARNET VIGENTE DE OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD
- D) FORMATOS DE SEGURO DE VIDA Y SEGURO DE ACCIDENTES DEBIDAMENTE REQUISITADOS (IMPRESOS EN UNA SOLA HOJA POR CADA FORMATO)
- E) IMPRESIÓN DE LAS CALIFICACIONES DE INTERNADO MÉDICO DE PREGRADO 11º Y 12º SEMESTRES (CAPTURAS DE PANTALLA DEL KARDEX DE TU SAES)
- F) FOTOCOPIA DEL OFICIO DE LIBERACIÓN DEL INTERNADO MÉDICO DE PREGRADO

### INFORMACIÓN DEL DONATIVO

DEPÓSITO EN:

**BBVA**



NÚMERO DE CUENTA: **0136644473**

A NOMBRE DE: **I.P.N. ESCUELA NACIONAL DE  
MEDICINA Y HOMEOPATIA**

REFERENCIA: **APELLIDO 1, APELLIDO 2 Y NOMBRE(S)**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ALUMNO (A)