

DATOS GENERALES DE LA ESTUDIANTE O DEL ESTUDIANTE

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre		Edad	
Dirección		Colonia		Código Postal		Delegación o Municipio	
Teléfono de casa				Teléfono móvil			
E-mail				Estado Civil			
En caso de accidente avisar a :				Parentesco:			
¿Cuentas con seguro médico o contra accidentes?:		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No **		No. de Seguridad Social/ o No. de Póliza y Aseguradora:			
Padeces alguna enfermedad o eres alérgico (a) algún medicamento:							
Cuentas con algún familiar en la Cámara de Diputados		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Nombre y área en donde se encuentra:			

ESTUDIOS

Carrera:				Institución Educativa			
¿Actualmente estudias?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Semestre			
Actividad que realizarás:		<input type="checkbox"/> Servicio Social		<input type="checkbox"/> Prácticas Profesionales (Residencias, Estancias, etc.)			
Horario Disponible				Nivel de Estudios			
<input type="checkbox"/> Matutino		<input type="checkbox"/> Vespertino		<input type="checkbox"/> Licenciatura		<input type="checkbox"/> Técnico	
Otro, especificar: _____				Otro, especificar: _____			

FAMILIARES

Nombre de la madre, padre o tutor (a)*							
Lugar de Trabajo				Lugar de Trabajo			
Teléfono				Teléfono			

*Tutor (a) en caso de menores

Marca con una (x) la opción por la cual te enteraste de los programas de Servicio Social / Prácticas Profesionales:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Iniciativa Propia | <input type="checkbox"/> Vinculación Escolar (posters o publicidad en la escuela) |
| <input type="checkbox"/> Realicé mi Servicio/ Práctica anteriormente | <input type="checkbox"/> Feria de Servicio Social/ Prácticas Profesionales |
| <input type="checkbox"/> Página de la Cámara de Diputados | <input type="checkbox"/> Me enteré por alguien más |

(Especificar nombre de la persona:) _____

Otro, especificar: _____

***En caso de no contar con seguro médico o contra accidentes se manifiesta en el siguiente apartado:**

Hago constar que tengo pleno conocimiento de que el plantel educativo del cual provengo no otorga a favor de las y los estudiantes, egresadas y egresados, seguro médico o contra accidentes aceptando dicha situación a mi entero perjuicio. Asimismo, manifiesto bajo protesta de decir verdad que fui informado (a) por el personal responsable del servicio social de la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, que no cuenta con ningún convenio o acuerdo con la institución educativa de donde provengo, por el cual se brinde a las prestadoras y los prestadores de servicio social o prácticas profesionales algún seguro en caso de accidente o enfermedad que sufra con motivo y durante el período de prestación del servicio social o prácticas profesionales.

Por lo anteriormente manifestado, y con pleno conocimiento de las consecuencias legales que pudieran derivarse desde este momento, libero de toda responsabilidad legal, en la vía civil, penal, administrativa o cualquier otra a la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, así como a las servidoras y los servidores públicos de ese Recinto Legislativo, con motivo de cualquier accidente o enfermedad que pudiera sufrir durante el período en que preste mi servicio social o prácticas profesionales en esa Institución, haciéndome cargo de los gastos médicos y hospitalización que de tal situación pudiera derivarse.

Nota: En caso de no concluir con el trámite de incorporación como prestadora ó prestador autorizo a la Cámara de Diputados a depurar los documentos personales entregados para tal fin, después de 1 mes de la fecha de esta solicitud.

México, a _____ de _____ de 202__.

**FIRMA DE LA ESTUDIANTE O DEL ESTUDIANTE
EGRESADA O EGRESADO**

**FIRMA DE LA MADRE, PADRE O TUTOR
(En caso de ser menor de edad)**