



DATOS GENERALES DEL ESTUDIANTE

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre		Edad	
Dirección		Colonia		Código Postal		Delegación o Municipio	
Teléfono de casa		Teléfono móvil		Estado Civil		Ciudad	
E-mail		Parentesco:		En caso de accidente avisar a :			
¿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:			
Padece alguna enfermedad o eres alérgico algún medicamento:		Cuentas con algún familiar en la Cámara de Diputados		Nombre y área en donde se encuentra:			
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					

ESTUDIOS

Carrera:		Institución Educativa	
¿Actualmente estudias?		Semestre	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
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 Otro, especificar: _____		<input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Técnico Otro, especificar: _____	

FAMILIARES

Nombre del padre o tutor*			
Lugar de Trabajo		Lugar de Trabajo	
Teléfono		Teléfono	

*Tutor en caso de menores

MEDIO DE DIFUSIÓN DE LA INSTITUCIÓN

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, hago constar que tengo pleno conocimiento de que el plantel educativo del cual provengo no cuenta con estos a favor de sus estudiantes o egresados, aceptando dicha situación a mi entero perjuicio. Asimismo, manifiesto bajo protesta de decir verdad que fui informado por el personal encargado 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 los prestadores de servicio social o prácticas profesionales de algún seguro en caso de accidente o enfermedad que sufra con motivo y durante el periodo de prestación del servicio social o prácticas profesionales.**

Como consecuencia de lo anterior, a sabiendas de las consecuencias legales de lo anterior, desde este momento libero de cualquier responsabilidad legal, en la vía civil, penal o administrativa o cualquier otra a la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión o a cualquiera de sus servidores públicos, con motivo de cualquier accidente o enfermedad que pudiera sufrir durante el periodo en que preste mi servicio social o prácticas profesionales en esta 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 prestador autorizo a la Cámara de Diputados de depurar los documentos personales entregados para tal fin, después de 1 mes de la fecha de esta solicitud.

México, a _____ de _____ de 201__.

FIRMA DEL ALUMNO O EGRESADO

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

(En caso de ser menor de edad)