

FICHA DE INSCRIPCIÓN AL SERVICIO MÉDICO SOCIAL

FOTO

CARRERA _____

DURACIÓN SERVICIO SOCIAL ___6 M ___1 AÑO

NOMBRE _____

UNIVERSIDAD _____

N° DE CUENTA: _____ IDENTIDAD _____ EDAD _____

SEXO M _____ F _____ CELULAR _____ TELÉFONO CONTACTO _____

DIRECCIÓN ACTUAL _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

NACIONALIDAD _____ ESTADO CIVIL _____

Las plazas que no pertenecen a la Secretaría de Salud (SESAL) carecen de beca por la SESAL

ESTABLECIMIENTO DE PREFERENCIA

SESAL ___ ALCALDÍA ___
VOAE ___ ONG ___ OTRO ___

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:

REGIÓN: _____

MUNICIPIO: _____

SEGUNDA OPCIÓN DE INTERÉS:

VOAE ___ ONG ___ OTRO ___
SESAL ___

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:

REGIÓN: _____

MUNICIPIO: _____

ADJUNTAR FOTO DE LA IDENTIDAD Y CARNET DE VACUNACIÓN