

Foto

FORMATO DE EXENCIÓN DEL SERVICIO SOCIAL POR PADECIMIENTO DE ENFERMEDAD GRAVE

DATOS DEL ALUMNO(A) O EGRESADO(A)

Ciudad de México, a de del

Nombre:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Domicilio:

Calle

No.

Colonia

Alcaldía/Municipio

Teléfono

Correo electrónico

Matrícula

Licenciatura

% de Créditos Cursados

Género

Padece alguna discapacidad

Cuál

Diagnóstico médico

Institución que emite diagnóstico

Médico tratante

Cédula profesional del médico

Firma de la o el solicitante

SECCIÓN PARA USO EXCLUSIVO DE LA COORDINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL

Requisitos	Observaciones	Vo.Bo
Constancia de Créditos Diagnóstico médico expedido por institución pública Formato de Exención Identificación oficial		Director de la División de CSH