**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**COORDINACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL**

**Pre Registro**

**Ciclo escolar: agosto 2020 – julio 2021**

|  |  |
| --- | --- |
| **Año en el que aprobaste el internado médico**:  |  |
|  | Anotar el año |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **¿Ya aprobaste el examen profesional?** | **SI** |  | **NO** |

Si tu respuesta anterior es SI.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **¿Te inscribiste al servicio social en algún ciclo escolar previo en el que hayas causado baja?** | **SI** |  | **NO** |

**Registra los siguientes datos:**

|  |  |
| --- | --- |
| Cuenta |  |
| Nombre (s) |  |
| Apellido paterno |  |
| Apellido materno |  |
| CURP |  |
| Correo electrónico |  |
| Teléfono fijo (Casa) |  |
| Teléfono móvil (Celular) |  |