

DATOS DEL SOLICITANTE

DE LAS FUENTES APELLIDO PATERNO	CEPEDA APELLIDO MATERNO	DIANA CECILIA NOMBRE(S)
1993/12/04 FECHA DE NACIMIENTO	SALTILLO COAHUILA LOCALIDAD Y ESTADO DE NACIMIENTO	FUCD931204MCLNPN07 CURP
110500340000 NÚMERO DE MATRICULA	8446090957 TELÉFONO CELULAR	diana.delasfuentes@hotmail.com DIRECCIÓN ELECTRÓNICA

SERVICIO MÉDICO

SERVICIO MÉDICO AL QUE PERTENECE: <u>IMSS</u>	
EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: <u>MARIA DEL ROSARIO CEPEDA MEJIA</u>	
PARENTESCO <u>MADRE</u>	TELÉFONO <u>8441738741</u>
TIPO DE SANGRE <u>O+</u>	No. DE AFILIACIÓN <u>32886878811</u>
PADECIMIENTO CRÓNICO	PREDISPOSICIÓN A MEDICAMENTO

DOMICILIO LOCAL

CALLE Y NÚMERO <u>25 DE JULIO PRIVADA EL NOGAL</u>		
<u>RANCHO LAS VARAS</u> COLONIA	<u>25280</u> CÓDIGO POSTAL	<u>8444303178</u> TELÉFONO (CON LADA)
<u>SALTILLO</u> LOCALIDAD	<u>COAHUILA</u> ESTADO	<u>SALTILLO</u> MUNICIPIO

DOMICILIO FORÁNEO

CALLE Y NÚMERO		
COLONIA	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO (CON LADA)
LOCALIDAD	ESTADO	MUNICIPIO

SITUACIÓN ESCOLAR

NUEVO INGRESO REINSCRIPCIÓN REINGRESO CAMBIO

ALUMNO REGULAR ALUMNO IRREGULAR

SI ES ALUMNO IRREGULAR, ESPECIFIQUE CUÁLES ASIGNATURAS ADEUDA:

NOMBRE DE LA ASIGNATURA	SEMESTRE

DATOS LABORALES

NOMBRE DE LA EMPRESA <u>CLINICA SAN ANTONIO</u>		
<u>CLINICA SAN ANTONIO</u> DOMICILIO	<u>SALTILLO COAHUILA</u> LOCALIDAD	TELÉFONO
TIPO DE CONTRATACIÓN	BASE <u>X</u>	EVENTUAL ____
DÍAS LABORALES <u>LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES Y VIERNES</u>		PUESTO <u>NIÑERA</u>

ALUMNOS QUE LABORAN EN EDUCACIÓN

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN				
DOMICILIO		LOCALIDAD		TELÉFONO
NIVEL EDUCATIVO			HORARIO	
SISTEMA AL QUE PERTENECE	ESTATAL ____	FEDERAL ____	PARTICULAR ____	ANTIGÜEDAD AÑOS MESES
NÚMERO DE HORAS			GRADOS QUE ATIENDE	
MATERIAS QUE ATIENDE:				
CLAVE(S) PRESUPUESTAL(ES):				

OTROS IDIOMAS

INGLÉS ____	FRANCÉS ____	OTROS ____ ESPECIFICAR
-------------	--------------	------------------------

FIRMA DEL ALUMNO

FECHA (aaaa/mm/dd)