

Servicio Social
 Prácticas Profesionales

Fecha _____

DATOS PERSONALES

Nombre _____

Género Masculino Femenino Estado Civil _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Dirección _____

Calle
Numero
Colonia

Delegación o Municipio _____ Estado _____ C. P. _____

Teléfono de casa _____ Celular _____

Correo Electrónico _____ No. De Matricula _____

Licenciatura _____ Semestre _____

Universidad _____ Horas a Cubrir _____

HORARIOS DISPONIBLES

DIA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIO					
HORAS POR DIA					

TOTAL DE HORAS SEMANALES _____

Fecha de inicio _____ Fecha de término _____

PREGUNTAS GENERALES

¿Has tenido contacto con personas con autismo o algún trastorno generalizado del desarrollo?

Si No

¿Dónde? _____

¿Por qué te interesa trabajar con esta población?

¿Cómo te enteraste de Domus Instituto de Autismo?

¿Por qué te interesa realizar tu Servicio Social o Prácticas Profesionales en esta Institución?

¿Qué estás dispuesto a ofrecer a través de tu servicio o prácticas en esta institución y a la población que atiende?

Otras habilidades ajenas o relacionadas con tu carrera

En caso de emergencia, comunicarse con:

Parentesco _____ Tel. Casa _____

Tel.Celular: _____ Tel. Oficina _____

De acuerdo a tu condición de salud, padeces alguna enfermedad crónica.

Si No

Si tu respuesta es sí, explica ¿Cuál es? _____

Requieres algún medicamento, ¿Cuál? _____

Presentas alergias a algún medicamento, ¿Cuál? _____

FIRMA