

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ciudad de México, a  |  | de |  | de |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo de prestación:  |  |

1. **Datos personales**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del prestador: |  |
|  Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) |
| Edad:  |  | Género:  |  |
| Domicilio: |  |
| Teléfono de casa: |  | Teléfono celular: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Teléfono de recados: |  | Email: |  |

1. **Escolaridad**

|  |  |
| --- | --- |
| Licenciatura: |  |
| Matrícula: |  | Cuatrimestre: |  | Turno: |  |
| Promedio general: |  | Porcentaje de créditos aprobados: |  |

**\* Si el prestador es egresado, indicar si cuenta con un seguro médico gubernamental (indicar dependencia y número de seguridad social) o privado (indicar nombre de la empresa contratada y póliza): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Datos de la unidad receptora**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre o razón social: |  |
| Nombre y cargo de la persona a quien se dirige la Carta de Presentación: |  |
|  |
| Área donde se realizará la prestación: |  |
| Domicilio: |  |
| Teléfono: |  | Email: |  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del Prestador.