

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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.