UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN

FACULTAD DE MEDICINA

DATOS GENERALES

1. **DATOS PERSONALES**

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Domicilio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Calle, numero, cruzamientos Colonia

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

Ciudad Estado Código Postal Teléfono

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Localidad, estado, país.

Edad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nacionalidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **IDENTIFICACIÓN**

R.F.C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.U.R.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Para extranjeros*

Fecha de vigencia del permiso migratorio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residencia mexicana \_\_\_\_\_\_\_

1. **DATOS ESCOLARES**

Último título académico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| *Hago constar que los datos obtenidos en este formato son verdaderos*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FIRMA DEL TRABAJADOR |