**Nombre:**

**Dirección:**

**Teléfono casa: Celular:**

**Mail: Escuela:**

**Carrera:**

**Contacto de emergencia:**

**Servicio Social: Prácticas Profesionales:**

**Fecha de Inicio: Fecha de Término:**

**Nombre del Proyecto:**

**Área:**

**Responsable del área:**

**Horas a cubrir: Horario:**

**Observaciones:**

**Aviso de Privacidad:** El Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, garantiza el derecho que tiene toda persona a la protección de sus datos personales recabados en este formulario, los cuales serán de uso exclusivo para el formato *Ficha de Identificación*, como lo establece el art. 25 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.