





## FACULTAD DE DERECHO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

### IV. DATOS DE LA EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR DE PROCEDENCIA

Institución educativa de la que egresó \_\_\_\_\_

Documento que obtuvo: \_\_\_\_\_ Año en que egresó \_\_\_\_\_

Número de certificado \_\_\_\_\_ Autoridad que lo expidió \_\_\_\_\_

Presenta Original ( ) No porqué \_\_\_\_\_ Presenta copia ( )

Observaciones: \_\_\_\_\_

Modalidad de estudios que cursó: Escolarizada ( ) Ceneval art 286 ( ) Abierta ( ) Línea ( ) Otros ( )

¿Habla otro idioma? Si ( ) No ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_ Porcentaje 25% ( ) 50% ( ) 75% ( ) 100% ( )

### V. EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A

Nombre(s) Apellidos: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Domicilio:  
Calle \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Alcaldía / Municipio \_\_\_\_\_ Entidad Federativa \_\_\_\_\_

Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Teléfono fijo \_\_\_\_\_

Mencione otra persona: \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### VI. DATOS DE SALUD

¿Padece alguna enfermedad? Si ( ) No ( ) En caso de un Padecimiento descríbalo \_\_\_\_\_

Toma medicamento Si ( ) No ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_ ¿Qué seguimiento médico requiere? \_\_\_\_\_

Es alérgico (a) a algún medicamento Si ( ) No ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Practica algún deporte: Si ( ) No ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_Cuál es su pasatiempo favorito \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Sello de la Institución