



Programa de Prácticas Profesionales

Solicitud de Inicio de Prácticas Profesionales

Fecha de Solicitud: / /
DÍA MES AÑO

Información personal

Nombre:

Código: Carrera: Semestre:

Domicilio:

Municipio: Estado:

Correro electrónico: Teléfono Casa:

Teléfono Celular: N° de afiliación al IMSS*:

** Para iniciar tus Prácticas Profesionales deberás estar dado de alta en el IMSS OBLIGATORIAMENTE.*

Fecha en que podrías iniciar: / / Idiomas: %
DÍA MES AÑO

Datos de asignación

¿Tienes alguna empresa o institución donde te gustaría realizar tus prácticas profesionales? Si No

Nombre de la empresa o institución*:

Nombre del titular o responsable:

** En caso de no contar con convenio de prácticas profesionales con esa institución o empresa, deberá elegir otra del catálogo o esperar a que se firme el convenio para ser asignado.*

RECIBÍÓ

NOMBRE Y FIRMA
DEL SOLICITANTE

FIRMA Y SELLO DEL
COORDINADOR DE LA CARRERA

Al firmar manifiesto que los datos de esta solicitud son verídicos. Además manifiesto que conozco los lineamientos normativos para el desarrollo de las Prácticas Profesionales, por lo cual me comprometo a respetar las normas y lineamientos de la empresa o institución a la que sea asignado(a), así como a conducirme con probidad, honradez y profesionalismo.