

PROGRAMA DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

Información personal

Fecha de Solicitud:

/ /
DÍA MES AÑO

Nombre: Código:

Carrera: Semestre: Sede:

Domicilio:

Municipio: Estado:

Correo 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

Modalidad de Prácticas Profesionales

- Curriculares (Por asignación de materia) Actividades en Empresa o Institución Experiencia Profesional Estancias Académicas Desarrollo de Proyecto

NOMBRE DE LA MATERIA NOMBRE DEL PROFESOR

Datos de asignación

¿Tienes alguna dependencia donde te gustaría realizar tus prácticas profesionales? Si No

Nombre de la dependencia:

Titular o responsable:

Grado: Cargo:

Área o lugar de asignación:

Domicilio: Teléfono:

Municipio: Estado:

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.