|  |  |
| --- | --- |
|  | Fecha de solicitud |

**Solicitud de Prácticas Profesionales**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datos Generales | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apellido Paterno | | Apellido Materno | | | | | | | | Nombre (s) | | | | | Código de estudiante | | |
|  | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | |
| Dirección | | | | |  | | | | | |  |  | | | |  | | |
| Calle | | | | | Colonia | | | | | | CP. | Municipio | | | | Localidad | | |
|  | | | | |  | | | | | |  |  | | | |  | | |
| Datos de contacto | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono (incluir lada) | Teléfono Celular | | | | | | | Correo electrónico | | | | | | | | | Número de afiliación al IMSS |
|  |  | | | | | | |  | | | | | | | | |  |
| Datos escolares | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CENTRO UNIVERSITARIO DE LOS ALTOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Carrera | | | | Promedio | | | | | Créditos obtenidos al momento de la solicitud | | | | | | | | |
| Elija un elemento. | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |
| Horario disponible para la realización de la Práctica Profesional | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Matutino | | | | | | Vespertino | | | | | | | | Fines de semana | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| Datos de realización de la Práctica Profesional | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre o razón social | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección | | | | |  | | | | | |  |  | | | |  | | |
| Calle | | | | | Colonia | | | | | | CP. | Municipio | | | | Localidad | | |
|  | | | | |  | | | | | |  |  | | | |  | | |
| Teléfono (incluir lada) | Teléfono Celular | | | | | | | Correo electrónico | | | | | | | | | Número de afiliación al IMSS |
|  |  | | | | | | |  | | | | | | | | |  |
| Nombre del responsable de la PP | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| E-mail del responsable de la PP | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Descripción del proyecto | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma del solicitante | | |  | | | | | | | | | |