|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 |  |