

SOLICITUD DE REGISTRO PARA PRÁCTICAS PROFESIONALES



FECHA: _____

DATOS GENERALES DEL ALUMNO:

Nombre: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

Domicilio: _____
Calle Colonia C.P. Municipio,

Modalidad: _____ Cel. _____ E-mail _____

Modulo: _____ Calendario

DATOS DEL LUGAR DE PRESTACIÓN:

Nombre del Lugar:

Domicilio _____

Nombre de la persona de quien dependerá directamente: _____

Cargo: _____ C.C.T.: _____

Teléfono: _____

FECHA DE INICIO: ----- FECHA DE TERMINO -----

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL ALUMNO

Firma del Receptor de la dependencia
asignada

Sello