



## SOLICITUD DE PRACTICAS PROFESIONALES

### 1. Datos Personales:

Nombre del practicante: \_\_\_\_\_  
*APELLIDO PATERNO* *APELLIDO MATERNO* *NOMBRE(S)*

Dom. Particular: \_\_\_\_\_  
*CALLE* *No.* *MUNICIPIO*

Colonia: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Tel./Casa \_\_\_\_\_ Sexo: M F

### 2. Escolaridad:

Especialidad o Carrera: \_\_\_\_\_ Semestre: \_\_\_\_\_

Número de Control: \_\_\_\_\_ Total de horas que debe cubrir: 240 hrs. (Lun a Vie 4 hrs diarias por tres meses)

### 3. Datos de la empresa:

Empresa o Institución: \_\_\_\_\_  
*DEPENDENCIA OFICIAL U ORGANISMO*

R.F.C. \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Área en que realizará sus Prácticas Profesionales: \_\_\_\_\_

Período de inicio: \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Hora de entrada: \_\_\_\_\_ Hora de salida: \_\_\_\_\_

### 4. Datos del asesor:

Nombre: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

PRACTICANTE

ASESOR DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

Original. Oficina de Prácticas Profesionales del Plantel  
C.c.p. Dependencia  
C.c.p. El prestador de Prácticas.

SELLO DEL PLANTEL

