



SOLICITUD DE PRACTICAS PROFESIONALES

Boca del Río, Ver., a ____ de _____ del 2024.

1. DATOS PERSONALES DEL PRESTADOR DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

Nombre del alumno: _____

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)
------------------	------------------	------------

 Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ años Sexo: M () F () Número de teléfono: _____
 Domicilio: _____

Calle y Número	Colonia o Fracc.	C.P.	Municipio	Entidad Federativa
----------------	------------------	------	-----------	--------------------

 Correo electrónico: _____
 Número de teléfono: _____

2. ESCOLARIDAD

Especialidad: _____ Número de control: _____
 Semestre: 6° () egresado () Grupo: A () B () Turno: Mat () Ves () Generación: _____ - _____

3. DATOS PARA LA PRESTACIÓN DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

Horas de Servicio Social por cubrir: **240 horas**
 Periodo de servicio social: **Inicio: 01 / marzo / 2024 al Término: 31 / mayo / 2024**
 Empresa en la cual realizará las prácticas: _____ Anexar constancia de RFC
 Domicilio de la empresa: _____

Calle y Número	Colonia o Fracc.	C.P.	Municipio	Entidad Federativa
----------------	------------------	------	-----------	--------------------

 Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
 Responsable quien firmará el convenio: _____
 Cargo del responsable quien firmará el convenio: _____
 Fecha de fundación de la empresa: _____
 Área en la que realizará las prácticas: _____
 Responsable del área para las prácticas: _____
 Cargo del responsable del área para las prácticas: _____
 Nombre del programa asignado en las prácticas: _____

 Firma del alumno solicitante Nombre y firma del asesor de prácticas Sello de la empresa

Original para Oficina de prácticas profesionales (CBTIS 190)
 Copia para alumno

