



SOLICITUD DE INSCRIPCION A LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES:

EXTERNO ()

INTERNO: ()

NOMBRE: _____

NUMERO DE MATRICULA: _____ GENERACION: _____

TURNO: _____ SEMESTRE: _____ CARRERA: _____

DATOS DEL PROGRAMA:

CLAVE: _____ NOMBRE: _____

OBJETIVO DEL PROGRAMA: _____

FECHA DE INICIO: _____ DIA/ MES/ AÑO FECHA DE TERMINACION: _____ DIA/ MES / AÑO

HORARIO DE ENTRADA: _____ HORARIO DE SALIDA: _____

DATOS DEL LUGAR DONDE SE LLEVARA A CABO LAS PRACTICAS:

INSTITUCION: _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: _____ JEFE INMEDIATO: _____

DEPARTAMENTO: _____ CARGO: _____

A T E N T A M E N T E

EL PRACTICANTE

C.C.P.- INTERESADO

