**CONVENIO DE RESIDENCIAS PROFESIONALES**

**DATOS DEL RESIDENTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Número de control: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| NOMBRE | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO |

|  |  |
| --- | --- |
| CARRERA: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DOMICILIO: |  |  |
| CALLE Y NÚMERO | COLONIA |
|  |  |
| POBLACIÓN | TELÉFONO/CELULAR |

**REALIZARÁ SU RESIDENCIA PROFESIONAL, EN:**

|  |
| --- |
|  |
| NOMBRE DE LA EMPRESA **Y RFC** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DOMICILIO: |  |  |
| CALLE Y NÚMERO | COLONIA |
|  |  |
| POBLACIÓN | TELÉFONO/CELULAR |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FECHA DE INICIO: |  | FECHA DE TÉRMINO: |  |

**Me comprometo a cumplir la Residencia Profesional de acuerdo a lo que marca las condiciones generales del Convenio de Residencias Profesionales, ubicado en** http://www.itsch.edu.mx/vinculacion/residencias **ya que el desconocimiento del mismo, no me exime de su cumplimiento.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ESTUDIANTE** |  | **EMPRESA** |
|  |  |  |
| Firma del Residente |  | Nombre y firma del responsable |
|  |  |  |
| Sello de la Escuela |  | Sello de la Empresa |