



SOLICITUD DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

FOTO

PLANTEL: _____

FECHA: _____

1. Datos personales:

Nombre del Alumno _____
apellido paterno apellido materno nombre(s)

Domicilio particular _____
Calle núm.

Colonia _____ Ciudad _____

Estado _____ Teléfono _____

Edad _____ Sexo M () F ()

2. Escolaridad:

Especialidad o carrera _____

Semestre _____ No. De control _____

Modalidad educativa T.P. () B.T. (X)

Total de horas de prácticas profesionales que debe cubrir 240 HORAS

3. Datos de la empresa

Empresa: _____ Giro: _____

Dirección: _____ Colonia _____

Teléfono _____ Ciudad _____

Área en que desea prestar sus Prácticas Profesionales _____

Período de inicio _____ Término _____

Firma del alumno

Autorizó

Mtra. Leticia Silva Rico
Jefe Of. S.S. P.P. y Titulación