



REPORTE MENSUAL DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

Tarimoro, Gto. a _____ de _____ del _____						
Plantel: CBTIS No. 255			Domicilio: Blvd. CBTIS 255 No. 100, Col. Centro, Tarimoro, Gto.			
Nombre del estudiante:						
_____		_____		_____		
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)		
No. Control						
Semestre:			Especialidad o Carrera:			
Empresa o institución:						
Domicilio de la Empresa o Institución:						
_____		_____		_____		
Calle		No.		Municipio o Localidad		
Área donde realiza las Prácticas Profesionales:						
Periodo:						
_____		a		_____		
Día		Mes		Día		Mes
Año				Año		
Informe de las Actividades:						

En caso de requerir mayor espacio, anexar las hojas necesarias						

Nombre y Firma del Alumno				Nombre y Firma del responsable en la Empresa o institución		