

**AUTORIZACIÓN PARA RESIDENCIA PROFESIONAL**

**FO-SS-08**

**Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**APRECIABLE ESTUDIANTE: complete el presente formato para identificar si cumple con los requisitos para iniciar residencia profesional.**

**SECCIÓN A LLENAR POR EL ALUMNO (en computadora)**

**DATOS DEL ESTUDIANTE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | |  | |
| **Apellido Paterno** |  | **Apellido Materno** |  |  | **Nombre(s)** |
| **No. de Matrícula:** |  | | **Carrera:** | |  |

**SECCIÓN A LLENAR POR EL RESPONSABLE DEL ÁREA CORRESPONDIENTE**

**SITUACIÓN ACTUAL DEL ESTUDIANTE EN CUANTO A:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **REQUISITO** | **CUMPLE** | | **SITUACIÓN ACTUAL** | **NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL**  **RESPONSABLE DEL ÁREA** |
| **80% de créditos cubiertos.**  **(anexar comprobante de créditos y promedio)** | **SI** | **NO** |  | **Control Escolar** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Con apego al lineamiento Residencia profesional** |
|  |