**DEPARTAMENTO DE RESIDENCIAS PROFESIONALES Y SERVICIO SOCIAL**

**EJEMPLO DE SOLICITUD**



**SOLICITUD** DE RESIDENCIAS PROFESIONALES

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | LUGAR: | Apatzingán, Michoacán | | | |
| INSTITUTO TECNOLÓGICO  **SUPERIOR DE APATZINGÁN** LUGAR: | | | | | FECHA: | 5 de Diciembre del 2019 | | | |
|  |  | | | |
| I.S.C. LUIS RICARDO BELTRAN PEÑALOZA | | JEFE(A) DE CARRERA: | | | M.T.I. CUAUHTEMOC MORENO MARTINEZ | | | | |
| JEFE DEL DEPTO. DE RESIDENCIAS PROFESIONALES Y SERVICIO SOCIAL | | CARRERA: | | | INGENIERÍA INFORMÁTICA | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |
| TITULO DE LA RESIDENCIA: | DESARROLLO DE UN SISTEMA HIBRIDO WEB – MÓVIL PARA EL CONTROL DE PROCESOS DE ENSAMBLAJE DE AUTOMOVILES HONDA | | | | | | | | |
|  |
| OPCIÓN ELEGIDA: | *BANCO DE PROYECTOS* | | X | *PROPUESTA PROPIA* | |  | *TRABAJADOR* |  |  |
|  |  | | | | | | | | |
| PERIODO DE LA RESIDENCIA: | **ENERO - JULIO 2019** | | | | | NUM. DE RESIDENTES: | | | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DE LA EMPRESA / DEPENDENCIA** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE: | HONDA AUTOMOVILES INTERNATIONAL. S.A DE C.V | | | | | | | | | | | | RFC: | | HONDA999HFR4422 | | | |
| GIRO O RAMO: | *INDUSTRIAL* | X | *SERVICIOS* | |  | *EDUCATIVO* | | |  |  | SECTOR: | | | *PÚBLICO* | |  | *PRIVADO* | X |
| DOMICILIO: | FRANCISCO I. MADERO #2113 | | | | | | | | | | COLONIA: | | | ADOLFO RUIZ CORTINEZ | | | | |
| CD. Y ESTADO: | CIUDAD VICTORIA, QUERETARO | | | | | | CP.: | 70610 | | | TELEFONO: | | | 4531596677 | | | | |
| EMAIL: | hondamexico@hondainternational.com | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EMAIL: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MISIÓN: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ser una empresa lider a nivel mundial en el diseño y desarrollo de vehiculos con caracteristicas unicas, que integren la tecnología más avanzada del planeta para proveer calidad,rendimiento, confort, seguridad y procesos autosustentables, que convivan con el medio ambiente, potenciando el mercado de los automiles con las mejores propuestas de ultima generación. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | GRADO PROFESIONAL Y NOMBRE | | | | | | | | | CARGO/PUESTO | | | | | | |
| TITULAR DE LA EMPRESA/DEPENDENCIA. | | | L.I. FERNANDO BELTRÁN PEAÑLOZA | | | | | | | | | GERENTE GENERAL | | | | | | |
| ASESOR(A) EXTERNO(A) | | | I.S.C. MARTIN AGUILERA MORFIN | | | | | | | | | SUPERVISOR DE AREA DE ENSAMBLE | | | | | | |
| PERSONA QUE FIRMARÁ DOCUMENTOS OFICIALES DE LA RESIDENCIA | | | I.S.C. MARTIN AGUILERA MORFIN | | | | | | | | | SUPERVISOR DE AREA DE ENSAMBLE | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DE EL/LA ALUMNO(A) RESIDENTE** | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE: | ANDREA CRISTAL ONTIVEROS DE LA TORRE | | | | | | | | | | | NUMERO DE CONTROL: | | | 14020051 | |
| DOMICILIO: | FRANCISCO I. MADERO #2113 | | | | | | | | | | | COLONIA: | CENOBIO MORENO | | | |
| CD. Y ESTADO: | APATZINGAN, MICHOACÁN | | | | | | | CP.: | | 60620 | | TELEFONO: | 4531596688 | | | |
| EMAIL: | al14020051itsa.edu.mx | | | | | | | | | | | GENERO: | FEM. | X | MASC. |  |
| SEGURIDAD SOCIAL: | | IMSS | X | ISSSTE | |  | OTROS | |  | |  | NUMERO: | IMSSCRISTALONTOR239342 | | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL ALUMNO RESIDENTE

**NOTA1: LOS FORMATOS , FUENTES, TAMAÑOS, ALINEACIONES Y COLORES EN EL PRESENTE DOCUMENTO NO DEBEN SER MODIFICADOS.**

**NOTA2: ESTE FORMATO DE SOLICITUD DE RESIDENCIAS DEBE SER LLENADOS DIGITALMENTE AL IGUAL QUE TODOS LOS FORMATOS OFICIAL**

**DEPARTAMENTO DE RESIDENCIAS PROFESIONALES Y SERVICIO SOCIAL**



**SOLICITUD DE RESIDENCIAS PROFESIONALES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | LUGAR: | Apatzingán, Michoacán | | | |
| INSTITUTO TECNOLÓGICO  **SUPERIOR DE APATZINGÁN** LUGAR: | | | | | FECHA: |  | | | |
|  |  | | | |
| I.S.C. LUIS RICARDO BELTRAN PEÑALOZA | | JEFE(A) DE CARRERA: | | |  | | | | |
| JEFE DEL DEPTO. DE RESIDENCIAS PROFESIONALES Y SERVICIO SOCIAL | | CARRERA: | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |
| TITULO DE LA RESIDENCIA: |  | | | | | | | | |
|  |
| OPCIÓN ELEGIDA: | *BANCO DE PROYECTOS* | |  | *PROPUESTA PROPIA* | |  | *TRABAJADOR* |  |  |
|  |  | | | | | | | | |
| PERIODO DE LA RESIDENCIA: | **ENERO – JULIO 2019** | | | | | NUM. DE RESIDENTES: | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DE LA EMPRESA / DEPENDENCIA** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE: |  | | | | | | | | | | | | RFC: | |  | | | |
| GIRO O RAMO: | *INDUSTRIAL* |  | *SERVICIOS* | |  | *EDUCATIVO* | | |  |  | SECTOR: | | | *PÚBLICO* | |  | *PRIVADO* |  |
| DOMICILIO: |  | | | | | | | | | | COLONIA: | | |  | | | | |
| CD. Y ESTADO: |  | | | | | | CP.: |  | | | TELEFONO: | | |  | | | | |
| EMAIL: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EMAIL: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MISIÓN: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | GRADO PROFESIONAL Y NOMBRE | | | | | | | | | CARGO/PUESTO | | | | | | |
| TITULAR DE LA EMPRESA/DEPENDENCIA. | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |
| ASESOR(A) EXTERNO(A) | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |
| PERSONA QUE FIRMARÁ DOCUMENTOS OFICIALES DE LA RESIDENCIA | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DE EL/LA ALUMNO(A) RESIDENTE** | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE: |  | | | | | | | | | | | NUMERO DE CONTROL: | |  | | |
| DOMICILIO: |  | | | | | | | | | | | COLONIA: |  | | | |
| CD. Y ESTADO: |  | | | | | | | CP.: | |  | | TELEFONO: |  | | | |
| EMAIL: |  | | | | | | | | | | | GENERO: | FEM. |  | MASC. |  | |
| SEGURIDAD SOCIAL: | | *IMSS* |  | *ISSSTE* | |  | *OTROS* | |  | |  | NUMERO: |  | | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL ALUMNO RESIDENTE

*NOTA: EL LLENADO DE LOS FORMATOS DEBERÁ SER EN DIGITAL CON EL EDITOR DE TEXTO PREFERIDO*