**SOLICITUD DE SERVICIO DE PRÁCTICA PROFESIONAL F-01**

**1.- DATOS PERSONALES**

**Nombre del alumno(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(**Apellido paterno) (Apellido materno) (Nombre(s) .

**Domicilio particular:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Calle Colonia/Fraccionamiento Municipio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad Estado Código postal Teléfono

**2.- ESCOLARIDAD**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Carrera: Semestre Créditos aprobados No. de control

3.- **DATOS GENERALES PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL:**

**Deseo realizar mi práctica profesional en:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nombre de la empresa o institución) **Domicilio laboral**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Calle Colonia/Fraccionamiento Municipio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad Estado Código postal Teléfono de la empresa o institución

**Fecha de inicio**: \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ **Fecha de Término:**  \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

Día Mes Año Día Mes Año

**Actividades básicas a realizar:** (Describir)

**Lugar y fecha**: Cancún Q. Roo \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

Día mes año

Firma del alumno

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

Nombre del alumno(a). Vo.Bo. Jefe de la Oficina de Servicio Social y Titulación del CBTIS 272

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

**LIC. ARACELI PAOLA ROMERO CANALES**

**DIRECTORA DEL CBTIS 272**

**CARTA COMPROMISO DE PRÁCTICA PROFESIONAL F-02**