



ÁREA DE SERVICIO SOCIAL Y PRÁCTICAS PROFESIONALES
PROGRAMA DE PRÁCTICAS PROFESIONALES OPCIONALES

Registro de estudiantes prestadores
de Prácticas Profesionales Opcionales

Fecha

Día	Mes	Año

1) Datos del Prestador

Nombre: _____

CURP: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Carrera: _____

Matrícula: _____ Semestre: _____ Créditos cubiertos: _____

Domicilio: _____

Delegación _____ C.P. _____

Teléfono particular _____ Recados _____

Correo electrónico _____ RFC _____

2) Datos de la Institución donde realizará Prácticas Profesionales Opcionales

Nombre de la Institución. _____

Nombre y cargo del responsable directo del programa de prácticas profesionales opcionales. _____

Nombre del programa. _____

Domicilio y teléfono del área donde se llevará a cabo las prácticas profesionales opcionales. _____

COMPROBANTE DE SOLICITUD
CARTA DE PRESENTACIÓN

Nombre: _____
Matrícula: _____

Fecha:

Día	Mes	Año

5 días hábiles para entrega de su carta