

FORMATO DE INSCRIPCIÓN DEL PRÁCTICAS PROFESIONALES

Folio:

DATOS DEL ALUMNO

Ciudad de México, a de del

Nombre:				
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)
Domicilio:				
Calle		No.	Colonia	Alcaldía/Municipio
Teléfono	Correo electrónico	Matrícula	Licenciatura	% de Créditos Cursados

DATOS DE LA DEPENDENCIA DONDE SE EFECTUARÁ LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Institución:				
Proyecto:				
Dirección:				
Calle		No.	Colonia	Alcaldía/ Municipio
Entidad Federativa			Teléfono	
Nombre del Responsable a quién se dirige la Carta de Presentación (Grado académico, Nombre completo y Puesto desempeñado)				

PERIODO DE REALIZACIÓN

Del	de	de 20	al	de	de 20
Número de horas a cubrir: <input type="checkbox"/> 240 <input type="checkbox"/> 320 <input type="checkbox"/> 480					
Firma del Alumno					

SECCIÓN PARA USO EXCLUSIVO DE LA COORDINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL

Inscripción a Prácticas Profesionales <input type="checkbox"/> Formato de Inscripción (original y copia). <input type="checkbox"/> Constancia de Créditos original igual o mayor al 50% <input type="checkbox"/> Constancia de Incorporación al IMSS <input type="checkbox"/> Carta de Aceptación (original).	Sello de Inscripción Recibió
Acreditación de Prácticas Profesionales <input type="checkbox"/> Formato de Acreditación (original). <input type="checkbox"/> Carta de Terminación (original). <input type="checkbox"/> Informe Final de Actividades (original). <input type="checkbox"/> 1 Fotografía Tamaño Infantil Blanco y Negro.	Sello de Terminación Recibió