

FORMATO DE INSCRIPCIÓN DEL PRÁCTICAS PROFESIONALES

DATOS DE LA ALUMNA O 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 INSTITUCIÓN DONDE SE EFECTUARÁN LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES

Institución:

Proyecto:

Dirección:

Calle

No.

Colonia

Alcaldía/ Municipio

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: 240 320 480

Firma de la o el Alumno

SECCIÓN PARA USO EXCLUSIVO DE LA COORDINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL

Observaciones

Vo.Bo

Director de la División de CSH