

FORMATO DE ACREDITACIÓN DE LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

Ciudad de México, a de del

Nombre:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Teléfono

Correo electrónico

Matrícula

Licenciatura

% de Créditos Cursados

DATOS DE LA DEPENDENCIA DONDE SE EFECTUÓ LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Institución:

Teléfono

Área de asignación

SÍNTESIS DEL INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS

SECCIÓN PARA USO EXCLUSIVO DE LA COORDINACIÓN DE SERVICIO SOCIAL

- Aprobado
 No aprobado

Vo. Bo. de la Dirección de la DCSH