



SOLICITUD DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

Datos del Alumno

Nombre completo

Licenciatura

Semestre

Matrícula

Teléfono

Correo Institucional

Datos de la Dependencia, Empresa o Institución

Nombre de la
Dependencia y/o
Institución

Persona a quien
se dirige el oficio

Puesto

Dirección

Teléfono

Correo electrónico

Periodo (360 horas - 3meses) Del: de de 20 al de de 20

Ing. Bárbara Ramos Moreno
Responsable de Prácticas Profesionales
y Servicio Social

Firma del Solicitante