



SOLICITUD DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

FOTO

PLANTEL: _____

FECHA: _____

1. DATOS PERSONALES:

Nombre del alumno _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Domicilio particular _____
Calle núm.

Colonia _____ Ciudad _____

Estado _____ Teléfono _____

Edad _____ Sexo M () F ()

Correo electrónico: _____

2. ESCOLARIDAD:

Especialidad o carrera _____

Semestre _____ No. De control _____

Modalidad educativa T.P. () B.T. (X)

Total de horas de prácticas profesionales
Que debe cubrir _____ 240

3. DATOS DE LA EMPRESA:

Empresa: _____ Giro: _____

Dirección: _____ Colonia _____

Teléfono _____ Ciudad _____

Área en que desea prestar sus Prácticas Profesionales _____

Período de inicio _____ Término _____

Firma del alumno

Autorizó (Firma del depto. de vinculación)



2026
año de
Margarita
Maza