**SOLICITUD DE PRÁCTICA PROFESIONAL 2025**

|  |
| --- |
| Fecha **:**  |

**7**

|  |
| --- |
| Nombre Completo iniciando por apellido Paterno:  |
| Edad:  | Género (M ó F): M | Teléfono Celular:  |
| Domicilio:  | Colonia: |
| Ciudad:  | CP:  | Tel. Casa:  |
| Correo Electrónico:  |
| Carrera:  |
|  Semestre: **6to.** | Grupo:  | Turno: **Matutino** | No. de Control:  |
| Lugar de Nacimiento:  | CURP:  |
| Modalidad Educativa: **Bachillerato Tecnológico** |
| Área en que desea realizar su Práctica Profesional:  |
| Total de horas que debe cubrir: **240 Horas** | RFC de la Empresa**:**  |
| Nombre de la Empresa:  | Giro:  |
| Domicilio:  | Colonia:  |
| Ciudad: Guamúchil | CP:  | Teléfono:  |
| Nombre del Responsable de la empresa:  |
| Responsable de la práctica profesional:  | Cargo:  |
| Correo de la empresa:  |
| Fecha de inicio:  **17 de Marzo 2025**  |  Fecha de Terminación:  |
| Horario de Lunes a Viernes: 15:00 a 19:00 hrs.  | Sábado:  |
| (4 a 5 Horas diarias obligatorias) |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Alumno: Nombre y Firma del Padre o Tutor: |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dra. Dulce Livier Castro Cuadras Lic. Karely Anahís Medina CarvajalJefa del Departamento de Vinculación con el Sector Productivo Jefa de la Oficina de Prácticas Profesionales |