

| **Fecha de solicitud:**  |
| --- |
| **Nombre del solicitante:** |
| **Código de estudiante:** |
| **Carrera:** |
| **Semestre:** |
| **Teléfono particular:** |
| **Teléfono celular:** |
| **Correo electrónico:** |
| **Número de afiliación al Seguro Social (seguro facultativo):** |
| **Institución en donde se realizará la práctica profesional (razón social):** |
| **Fecha de inicio:** |
| **Horario:** |
| **Días en que se realizarán las prácticas profesionales:** |
| * **LUN**
 | * **MAR**
 | * **MIE**
 | * **JUE**
 | * **VIE**
 | * **SAB**
 |
| **Exclusivo para estudiantes de AGPP / GEA (viejo plan)** | **Profesor:** |

****

**Firma del estudiante**