

| **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**