**Solicitud de Prácticas Profesionales, Modalidad: In Situ**

| **Datos de Estudiante** | |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Código |  |
| Carrera |  |
| NSS |  |
| Teléfono |  |
| Celular |  |
| Correo electrónico |  |
| **Datos de la Entidad Receptora** | |
| Nombre comercial o Razón Social |  |
| Nombre del Programa |  |
| Horario |  |
| Domicilio |  |
| Nombre del receptor |  |
| Teléfono del receptor |  |
| Correo electrónico del receptor |  |

| **Ciclo escolar:** | **202\_\_ - \_\_** |
| --- | --- |
| **Fecha de inicio de Práctica Profesional:** |  |
| **Nombre, firma y sello de la entidad receptora**  (los cuales validan la aceptación del estudiante para realizar prácticas profesionales) | |