|  |
| --- |
|  |
| **DATOS DEL ALUMNO**NOMBRE: | **(xxxxxxxxxxxxxxxxx)** |   | **(xxxxxxxxxxxxxxxxx)** |  | **(xxxxxxxxxxxxxxxxx)** |  |
|  | APELLIDO P. |  | APELLIDO M. |  | NOMBRES (S) |  |
| CARRERA: | **(xxxxxxxxxxx)** |  |  | LINEA DE FORMACIÓN: | **(xxxxxxxxx)** |  |  |
| SEMESTRE: | **(xxxxxxxxxx)** |  |  TURNO: | Matutino ( ) | Vespertino ( ) |  |
| No. DE aFILIACIÓN DE SALUD: | **(xxxxxxxxxxxxxxxxx)** |  |  |  |
| DOMICILIO: CALLE: | **(xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)**  |  |  COL. | **(xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)** |  |
| MUNICIPIO: | **QUERÉTARO** |  |  ESTADO: | **QUERÉTARO** |  |
| TEL. PART.: | **(xxxxxxxxxxx)** | TEL. CEL.: | **(xxxxxxxxxxxxxxx)** | E-MAIL: | **(xxxxxxx@xxxxxxxxxxxxxxx)** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **NOMBRE DEL LUGAR DONDE REALIZARÁ LAS PRACTICAS PROFESIONALES:** | **(XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX)** |  |
| DOMICILIO: |  **(XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX)** |  |   |  |  |  |
| NOMBRE DEL TITULAR RESPONSABLE: | **(xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx)**  |  |
| TELÉFONO: | **(XXXXXXXXXX)** |  |  |  |  |  |
|  |  | DIAS Y HORAS EN QUE LLEVARÁ A CABO LAS PRACTICAS: | LUNES A VIERNES DE 00:00AM A 00:00PM |  |
|  | FECHA DE CARTA LIBERACIÓN SERVICIO SOCIAL: | **(XX/XXXXX/XXXX.)** |  |
|  |  |
|  |
| **RESPONSABLE DE PRACTICAS EN LA INSTITUCIÓN RECEPTORA: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** |
| **PERIODO DE PRESTACION DE PRÁCTICAS PROFESIONALES.** |  |
|  |  DE: | (XX/XXXX/XXXX) |  a:  | (XX/XXXX/XXXX) |  |  |
|  |  |  DIA   MES   AÑO |  |  DIA   MES   AÑO |  |  |
| MUNICIPIO EN QUE SE REALIZA: |  **QUERÉTARO** |  |  |  |  |  |
| **ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DEL ALUMNO:**  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO |  |
|  | **YUNNUEN KARELI CRISÓSTOMO MARTINEZ** |  |  |  |
|  | COORDINADORA DE SERVICIO SOCIAL Y PRACTICAS PROFESIONALES |  | NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA INTITUCIÓN(SELLO DE LA INSTITUCIÓN) |  |

|  |
| --- |
| No. EXPEDIENTE |
| **(XXXXXXXX)** |