



FORMATO INICIO DE PRÁCTICAS

No. EXPEDIENTE

FOTO
TAMAÑO
INFANTIL
AQUÍ

DATOS DEL ALUMNO

NOMBRE: _____

APELLIDO P.

APELLIDO M.

NOMBRE(S)

CARRERA: _____

LÍNEA DE FORMACIÓN: _____

SEMESTRE: _____

TURNO: Matutino ___ Vespertino ___

NO. DE AFILIACIÓN DE SALUD: _____

DOMICILIO

CALLE Y NÚMERO: _____

COL.: _____

MUNICIPIO: _____

ESTADO: _____

TEL.: _____ TEL. PART.: _____ EMAIL: _____

LUGAR DONDE REALIZARÁ LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES: _____

DOMICILIO: _____

NOMBRE DEL RESPONSABLE: _____

TEL.: _____

DÍAS Y HORAS EN LAS QUE LLEVARÁ A CABO LAS PRÁCTICAS: _____

PERIODO: DE _____ A _____
DÍA/MES/AÑO DÍA/MES/AÑO

MUNICIPIO: _____

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DEL ALUMNO(A): _____

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

LIC. SALMA MARÍA OSORNIO MARTÍNEZ

Coordinadora de Servicio Social y
Prácticas Profesionales

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL LUGAR
(SELLO)