



INFORME PARCIAL PRÁCTICAS PROFESIONALES

No. EXPEDIENTE

DATOS DEL ALUMNO

NOMBRE: _____
APELLIDO P. _____ APELLIDO M. _____ NOMBRE(S) _____
CARRERA: _____ LÍNEA DE FORMACIÓN: _____
SEMESTRE: _____ TURNO: Matutino ____ Vespertino ____
NO. DE AFILIACIÓN DE SALUD: _____

PERIODO: _____

NOMBRE DEL RESPONSABLE: _____

ACTIVIDADES DEL ALUMNO(A): _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL LUGAR
(SELLO)

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

FACULTAD DE DERECHO

