FOTO

SOLICITUD DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

1. Datos Personales:

Nombre del prestador de Prácticas Profesionales: _____
APELLIDO PATERNO *APELLIDO MATERNO* *NOMBRE(S)*

Domicilio particular: _____
CALLE *NÚM.*

Colonia y localidad: _____ Teléfono: _____

Numero de control _____ Edad: 17 Sexo: **M( ) F( )**

Correo electrónico / Facebook: _____

2. Escolaridad:

Especialidad o Carrera: **TÉCNICO EN** Sem. Gpo: _____

MODALIDAD EDUCATIVA: T.P. ( ) B.T. (**X**) BECA **SI( ) NO ( )**
TIPO DE BECA: _____

3. Datos para la prestación de Prácticas Profesionales horas: 240 horas

Periodo de inicio: _____ Término: _____
día mes año día mes año

Deseo prestar mis Prácticas Profesionales en: _____
DEPENDENCIA OFICIAL U ORGANISMO

Nombre y Cargo de la Persona a quien se le dirige el Oficio: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Actividad Básica: _____

Áreas: **( ) URBANA ( ) SUBURBANA ( ) RURAL**

Lugar y Fecha: **Mineral de la Reforma, Hidalgo., a** _____ **de** _____ **de 20** _____

_____ _____
NOMBRE Y FIRMA DEL PRESTANTE

ING JESÚS GÓMEZ ÁNGELES
VO. BO. ENCARGADA DE VINCULACIÓN

ALFONSO FLORES COELLO
DIRECTOR DEL PLANTEL

AFC*GHR*EOAP*crg

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE ACEPTACIÓN

_____