

Fotografía
Infantil

SOLICITUD DE PRÁCTICAS PROFESIONALES Calendario Escolar _____

DATOS PERSONALES.

Nombre del Alumno (a): _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Código: _____ Número de Seguro Social _____

Celular: _____ Correo electrónico: _____

DATOS DE LA INSTITUCIÓN, DEPENDENCIA O EMPRESA DE SU INTERÉS

Nombre de la empresa o institución: _____

Nombre de titular: _____ Cargo: _____

Teléfono: _____ Correo: _____

Nombre de la empresa o institución: _____

Nombre de titular: _____ Cargo: _____

Teléfono: _____ Correo: _____

NOTA: Para consultar el listado de convenios vigentes donde puedes realizar tus prácticas profesionales al siguiente link <http://www.cta.cuc.udg.mx/convenios.php>. Las opciones señaladas de tu interés no garantiza la asignación, esta depende del cupo, vigencia del convenio, espacio o aceptación.

ATENTAMENTE.

Puerto Vallarta, Jal. a _____ de _____ del año _____.

Firma alumno/a

Copia de la cartilla del Seguro Social Vigente

Kardex Impreso (tener el 60% de los créditos cubiertos)