**DEPARTAMENTO DE VINCULACIÓN**

**SOLICITUD DE PRÁCTICA CLÍNICA**

|  |
| --- |
| DATOS DE LA EMPRESA |
| Razón Social:  |
| Dirección:  |
| Giro: Tipo: |
| Teléfonos: |
| Asesor empresarial: |
| Puesto que ocupa el asesor empresarial: | Correo electrónico del asesor empresarial: |
| Grado Académico del asesor empresarial: | Número telefónico de contacto: |
| Persona a la que se le dirigirá la carta de presentación (en caso de ser diferente al asesor empresarial) | Puesto que ocupa: |
| Grado Académico: | Número telefónico de contacto: |
| Áreas de práctica permitidas:  |
| Verificar que la institución cuente con hojas membretadas y sello de la empresa:El estudiante deben confirmar esto |

|  |
| --- |
| DATOS DEL ALUMNO |
| Nombre:  | Matrícula:  |
| Carrera:  | Cuatrimestre:  |
| Tipo de práctica profesional: Práctica Clínica ( )  | Número de Seguridad Social: |
| Teléfonos: |
| Domicilio del alumno:  | Localidad y Estado:  |
| Fecha de realización del formato:  | Fecha de inicio de prácticas: | Fecha de fin de prácticas  |
| Firma del alumno y su nombre | Nombre y firma del responsable por parte de la empresa. | Sello de la empresa |

**Nota: al entregar este documento el alumno deberá entregar una copia de su carnet de IMSS y copia de su comprobante de inscripción al cuatrimestre.**