**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.**