**DEPARTAMENTO DE VINCULACIÓN**

**SOLICITUD DE ESTANCIA II**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 debe confirmar esto | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DATOS DEL ALUMNO | | | | |
| Nombre: | | **Matrícula**: | | |
| Programa Educativo: | | **Cuatrimestre**: | | |
| Tipo de práctica profesional:  Estancia II | | **Número de Seguridad Social:** | | |
| Teléfonos: | | | | |
| Domicilio del alumno: | | | **Localidad y Estado**: | |
| Fecha de realización del formato: | **Fecha de inicio de prácticas:**  09 de septiembre 2024 | | | **Fecha de termino de prácticas:**  04 de diciembre 2024 |
| 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.**