**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:**27 de enero de 2025 | **Fecha de término de prácticas** 04 de abril de 2025 |
| 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.**