DEPARTAMENTO DE VINCULACIÓN
SOLICITUD DE PRÁCTICA CLÍNICA

DATOS DE LA EMPRESA		
Nombre del Campo Clínico:		
Dirección:		
Giro: Industrial ( ) Comercial ( ) Servicios ( )	Tipo: Micro ( ) Pequeña ( ) Mediana ( ) Grande ( )	
Nombre del Asesor externo:	Teléfonos:	
Puesto que ocupa el asesor externo:	Correo electrónico del asesor externo:	
Grado Académico del asesor externo: Dr./Dra.( ) Mtro./Mtra. ( ) Lic.( ) Técnico ( )	Número telefónico de contacto:	

DATOS DEL ALUMNO		
Nombre Completo:	Matrícula:	
Carrera:	Cuatrimestre:	
Número de seguridad Social:	Áreas de práctica permitidas:	
Domicilio del alumno:	Localidad y estado:	Teléfono:
Fecha de inicio de prácticas:	Fecha de término de prácticas:	

Nombre y firma del alumno.	**Nombre y firma del responsable por parte del Campo Clínico.**	**Sello del Campo Clínico.**