



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ZACATECAS
 ÁREA DE CIENCIAS DE INGENIERÍA
 UNIDAD ACADÉMICA DE INGENIERÍA ELÉCTRICA
 DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL Y
 VINCULACIÓN**



SOLICITUD DE PRÁCTICA PROFESIONAL

**DRA. DIANA ISABEL ORTIZ ESQUIVEL
 COORDINADORA DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIO
 SOCIAL Y VINCULACIÓN DE LA UNIDAD ACADÉMICA
 DE INGENIERÍA ELÉCTRICA.
 P R E S E N T E.**

Por medio de la presente, me dirijo a Usted, para solicitarle se me acredite por este Departamento para realizar prácticas profesionales. Lo anterior es en base a que he liberado servicio social y tengo aprobado el 80% de las materias de la Carrera de Ingeniero

Agradezco de antemano la atención que se sirva prestar a la presente.

DATOS PERSONALES:

NOMBRE: _____				
SEMESTRE: _____		PROGRAMA: _____		
DOMICILIO ACTUAL:				
CALLE,	NUM.	COL.	Y	C.P.
LOCALIDAD		MUNICIPIO		ESTADO

TEL SOCIAL:	FIJO:	CELULAR:	RED	

CORREO ELECTRONICO			CD. DE ORIGEN:	

A T E N T A M E N T E

Zacatecas, Zac; a _____ de _____ del 201_____

FIRMA DEL SOLICITANTE



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ZACATECAS
ÁREA DE CIENCIAS DE INGENIERÍA
UNIDAD ACADÉMICA DE INGENIERÍA ELÉCTRICA
DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL Y
VINCULACIÓN



REGISTRO PRÁCTICA PROFESIONAL

ASUNTO: Programa de actividades a desarrollar

DRA. DIANA ISABEL ORTIZ ESQUIVEL
COORDINADORA DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIO
SOCIAL Y VINCULACIÓN DE LA UNIDAD ACADÉMICA
DE INGENIERÍA ELÉCTRICA.
P R E S E N T E.

Me permito poner a su consideración el Programa de Actividades a desarrollar, con el objetivo de cubrir ____ las horas de Práctica Profesional, obligatorias para efectos de acreditar la práctica profesional. Estas actividades las desarrollaré bajo la asesoría interna de: _____ en _____,

y el nombre del Proyecto es: _____ y consiste en lo siguiente:

1ER. MES _____

2DO.
MES _____

3ER.
MES _____

4TO.
MES _____

**DATOS DE LA EMPRESA O INSTITUCIÓN
DONDE PRESTA SU PRACTICA PROFESIONAL:**

NOMBRE: _____ **RFC:** _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO:	_____	CORREO	ELECT:
_____	GIRO	O	DESCRIPCIÓN
ACTIVIDADES	_____	NOMBRE	DEL
EXTERNO	_____		ASESOR

Esperando sea aceptado este Programa, quedo de Usted como su atento y seguro servidor.

ZACATECAS, ZAC., A _____ DE _____ DEL 20__

FIRMAN DE CONFORMIDAD

PRACTICANTE

RESPONSABLE DEL PROGRAMA

**NOMBRE Y FIRMA DEL
ASESOR INTERNO**

**NOMBRE Y FIRMA DEL
ASESOR EXTERNO**