DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**SOLICITUD DE RESIDENCIAS PROFESIONALES**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lugar |  |  |  | Fecha: |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| C. ING. JOSE RAUL RUIZ ZAVALA | | | AT’N: C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | |
| Jefe de la Div. de Estudios Profesionales | | | Coord. de la Carrera de:­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | |
| **Datos del Residente:** | | |  | | | | | | | | | |
| **Nombre:** |  | | | | | | | | | | | |
| **Carrera:** |  | | | | | | | **No. de Control:** | | | |  |
| **Modalidad** | Presencial |  | | | Distancia | | | | | |  | |
| **Domicilio:** | Calle: | | | | | | | | Núm. Exterior: | | | |
| Col: | | | | | Población: | | | | | | |
| **Tel. ó Cel:** |  | | | Para Seguridad Social Acudir | | | IMSS ( ) | | | ISSSTE ( ) OTROS ( ) | | |
| **E-mail:** |  | | | Número de Afiliación: | | | | | |
| **Redes sociales:** |  | | |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL PROYECTO:** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **OPCION ELEGIDA:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Banco de Proyectos |  |  | Propuesta propia |  |  | Trabajador |  |

**Fecha de Inicio** **Fecha de Término**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERIODO PROYECTADO:**  **( De 4 a 6 Meses )** |  | Día | Mes | Año |  | Día | Mes | Año | Número de Residentes |  |

**Datos de la Empresa u Organismo:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | | | | | | |
| Giro, Ramo:  o Sector: | Servicios ( ) Otros ( )    Público ( ) Privado ( ) | | | | | R.F.C. |  |
| Domicilio Completo: |  | | | | | | |
| Ciudad: |  | Teléfono: | | |  | | |
| Estado: |  | E mail: | | |  | | |
| Misión de la Empresa: |  | | | | | | |
| Nombre del Titular de la Empresa: |  | | Puesto: |  | | | |
| Nombre del Asesor Externo: |  | | Puesto: |  | | | |
| Nombre de encargado(a) de los residentes profesionales en la empresa: |  | | Puesto: |  | | | |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del alumno**

c.c.p. Coordinador de la Carrera

c.c.p. Alumno