**Formato de aceptación de prácticas profesionales**

**Modalidad in situ**

|  |
| --- |
| **Datos del alumno** |
| Código |  |
| Nombre |  |
| Carrera |  |
| NSS  |  |
| Teléfono  |  |
| Celular |  |
| Correo Electrónico |  |
| Datos de la entidad receptora |
| Nombre comercial o Razón social |  |
| Nombre programa |  |
| Horario  |  |
| Domicilio |  |
| Nombre del receptor |  |
| Teléfono del receptor |  |
| Correo electrónico del receptor |  |

\*Es necesario llenar todos los apartados para la respectiva elaboración del oficio de asignación.

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de inicio de la práctica profesional |  |
| **Nombre, firma de receptor/reclutador y sello de la entidad receptora**(lo cual valida la aceptación del estudiante como practicante) |

**Para el uso exclusivo del Programa de Prácticas Profesionales**

 Ficha técnica Seguro facultativo

 (impresa de SIIAU) (comprobante del alta)

|  |
| --- |
| **Datos del alumno** |
| Nombre |  |
| Carrera |  | Entrega de oficio |  |
| Calendario escolar |  |

**ACUSE DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS, MODALIDAD IN SITU**