**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**