 

**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA**

VICERRECTORÍA DE DOCENCIA DIRECCIÓN DE SERVICIO SOCIAL

***SOLICITUD DE REGISTRO PARA PRESTADORES DE PRÁCTICA PROFESIONAL***

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO PRESTADOR DE PRÁCTICA PROFESIONAL**



Matrícula: Edad:

Nombre del Alumno: 

CURP: 

Licenciatura en: No. de Seguro Social:

Cuatrimestre/semestre actual: 

Correo Electrónico: Celular:

***En caso de algún accidente o imprevisto por parte del prestador de práctica profesional llamar a:***



Nombre Completo: 

Parentesco:

Domicilio: 

Tel. Local: Celular: 

***INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA***



Nombre del Programa:



Folio de Programa:



Área de Asignación del programa:

***INFORMACIÓN SOBRE LA DEPENDENCIA O INSTITUCIÓN DONDE REALIZARÁ LA PRÁCTICA PROFESIONAL***



Nombre de la Dependencia:



Dirección:



Teléfono: 









Cargo:

Nombre de la persona a quién

dirigir el nombramiento:



Cargo:

**Vo. Bo. del Asesor de la práctica profesional Firma del Alumno**