**SOLICITUD DE PRÁCTICAS PROFESIONALES**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Por medio de la presente, solicito a la Coordinación de Servicio Social de la Facultad de Contaduría y Administración UABJO, que a partir de esta fecha se instaure mi expediente como prestador de Prácticas Profesionales, en calidad de: | | | | | |
| Alumno | | | | |  |
|  | | | | | |
| Del Programa Educativo | | | | | Escribe la Licenciatura |
| Que curso(é) en la Escuela, Facultad o Instituto | | | | | Facultad de Contaduría y Administración |
|  | | | | | |
| Manifiesto que me encuentro de acuerdo en acatar las disposiciones emanadas del Nuevo Plan de Estudios vigente. | | | | | |
|  | | | | | |
| Nombre del Alumno(a): | | | Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno | | |
| Matrícula: Escribe tu matrícula CURP: YYYY999999XXXXXX99 Edad: Escribe tu edad | | | | | |
| Domicilio Actual: | | Escribe aquí la Calle, número, colonia y código postal | | | |
| Teléfono: 951.502.0700 Correo Electrónico: tucorreo@algo.com | | | | | |
|  | | | | | |
| Mis estudios se iniciaron el día Elija un elemento. de Elija un elemento. del año escribe el año | | | | | |
| Semestre: Elija un elemento. , equivalente al 60 % de materias o créditos | | | | | |
|  | | | | | |
| Datos de la Dependencia donde realiza las Prácticas Profesionales | | | | | |
| Nombre: | Escribe aquí el nombre del lugar donde realiza las prácticas | | | | |
| Dirección: | Escribe aquí la Calle, número, colonia y Código Postal de la dependencia | | | | |
|  | | | | | |
| Datos del Titular | | | | |  |
| Ap. Paterno, Ap. Materno, Nombre(s): | | | | Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno | |
| Cargo: | | | | Escribe aquí el cargo del titular | |
|  | | | | | |
| Atentamente | | | | | |
|  | | | | | |
| Oaxaca de Juárez, Oax., a Elija un elemento. de Elija un elemento. del año escribe el año | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Foto | Declaro bajo protesta de decir verdad que la información y documentación proporcionada es verídica, por lo que, en caso de existir falsedad en ella, tengo pleno conocimiento que se aplicarán las sanciones administrativas y penas establecidas en los ordenamientos respectivos para quienes se conducen con falsedad ante la autoridad competente. | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del solicitante | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Vo. Bo. Coordinador |