



BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA  
VICERRECTORIA DE DOCENCIA  
DIRECCIÓN DE PRACTICA PROFESIONAL



SOLICITUD DE REGISTRO PARA PRESTADORES DE PRACTICA PROFESIONAL FCC

DATOS DE IDENTIFICACION DEL ALUMNO PRESTADOR DE PRACTICA PROFESIONAL

Matrícula: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_  
 CURP: \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Licenciatura en: \_\_\_\_\_  
 Cuatrimestre actual: \_\_\_\_\_  
 No. Seguro Facultativo: \_\_\_\_\_

En caso de algún accidente o imprevisto por parte del prestador de Práctica Profesional llamar a:

Nombre Completo \_\_\_\_\_  
 Parentesco \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 Municipio \_\_\_\_\_  
 Estado \_\_\_\_\_  
 Tel. Local \_\_\_\_\_  
 Celular \_\_\_\_\_

INFORMACION SOBRE EL PROGRAMA

Nombre del Programa \_\_\_\_\_  
 Folio de Programa \_\_\_\_\_  
 Área de Asignación del Programa \_\_\_\_\_  
 Fecha de inicio de Práctica Profesional \_\_\_\_\_

INFORMACION SOBRE LA DEPENDENCIA O INSTITUCIÓN DONDE REALIZARÁ LA PRACTICA PROFESIONAL

Nombre de la Dependencia: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Titular o Directivo de la Dependencia: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Responsable del Área de Asignación del Prestador de Práctica Profesional: \_\_\_\_\_  
 Cargo: \_\_\_\_\_  
 Especificar el nombre de la persona a quién dirigir el nombramiento: \_\_\_\_\_  
 Cargo: \_\_\_\_\_

Vo. Bo. del Asesor Docente de Practica Profesional

Firma del Alumno

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_