**SOLICITUD DE RESIDENCIA PROFESIONAL**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lugar |  |  |  | Fecha: |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **C. Lic. Mario Alberto López Encinas** |  AT’N: **C.** |
|  |  |
| Jefe de la División de Estudios Profesionales |  Coord. de la Carrera de  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL PROYECTO:** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OPCION ELEGIDA:** |  | Banco de Proyectos |  |  | Propuesta propia |  |  | Trabajador |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERIODO PROYECTADO:** |  |  | Número de Residentes |  |

**Datos de la empresa:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
| Giro, Ramo: o Sector: |  Industrial ( ) Servicios ( ) Otro ( ) Público ( ) Privado ( ) | R.F.C. |  |
| Domicilio: |  |
| Colonia: |  | **C. P** |  | Fax |  |
| Ciudad:  |  | Teléfono( no celular) |  |
| Misión de la Empresa |  |
| Nombre del Titular de la empresa: |  | Puesto: |  |
| Nombre del Asesor Externo: |  | Puesto: |  |
| Nombre de la persona que firmará el acuerdo de trabajo. Estudiante- Escuela-Empresa |  | Puesto: |  |

**Datos del Residente:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
| Carrera: |  | No. de control: |  |
| Domicilio: |  |
| E-mail: |  | Para Seguridad Social acudir | IMSS ( ) | ISSSTE ( ) OTROS( ) |
| No. : |
| Ciudad: |  | Teléfono: |  |

**Firma del Residente**