

**UNIVERSIDAD DE SONORA**

**ACREDITACIÓN DE PRÁCTICAS PROFESIONALES**

Hermosillo, Sonora; a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

Asunto: Acreditación de PPU.

**Dr. Alonso Alexis López Zavala**

**Coordinador del Programa Prácticas Profesionales de Químico en Alimentos**

**Departamento de Ciencias Químico Biológicas**

**División de Ciencias Biológicas y de la Salud**

**Presente.**

El suscrito(a) del presente, alumno(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con número de expediente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del programa educativo de licenciatura de Químico en Alimentos , solicito se me acredite la materia de prácticas profesionales con fundamento en el ACTA NO. 175/2020 del Colegio Académico de la Universidad de Sonora de fecha 09 de septiembre de 2020 que a la letra dice:

“…05-175/2020 Aprobar el siguiente punto de acuerdo:

Por única ocasión y con motivo de la imposibilidad de que los estudiantes inscritos pudieran completar las actividades propias de la Prácticas Profesionales y el Servicio Social, en el contexto de la contingencia sanitaria, éstas se acreditarán automáticamente como se indica a continuación.

Acreditación de las prácticas profesionales:

Los alumnos que iniciaron, o bien no pudieron iniciar las prácticas profesionales durante o por motivo de la contingencia sanitaria, recibirán automáticamente la acreditación de estas, en virtud de que los decretos federales y estatales no permitían la realización de actividades no esenciales.

Los Coordinadores divisionales de Prácticas Profesionales serán los encargados de realizar dicha acreditación en el Sistema Escolar…”

En el caso particular, me encuentro en el supuesto:

*Los alumnos que iniciaron…*

*o bien no pudieron iniciar las prácticas profesionales durante o por motivo de la contingencia sanitaria…*

Por tal motivo solicito obtener la ACREDITACIÓN AUTOMÁTICA de las PRÁCTICAS PROFESIONALES que refiere el Acuerdo indicado.

**Atentamente**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre y firma de alumna y/o alumno**

**Original:** Coordinación o Responsable de Prácticas Profesionales de la Licenciatura.

**Copias:** 1) Coordinación Divisional

2) Tutor de Prácticas Profesionales

3) Alumno.