A de de 20 .

**SOLICITUD DE REGISTRO DEL PRACTICANTE**

**NOMBRE DEL ALUMNO:**

Químico en Alimentos

**PROGRAMA ACADÉMICO:**

**EXPEDIENTE**: **TELÉFONO:**

**EMAIL**: **CRÉDITOS APROBADOS**:

**SEGURIDAD SOCIAL: IMSS** **ISSSTE** **ISSSTESON**  **No.**

Calle Luis Encinas y Rosales s/n, Colonia Centro,

**Otro**:

Adherirme al acuerdo 0175/2020 de Colegio Académico de la Universidad de Sonora

**OPCIÓN ELEGIDA:**

UNIVERSIDAD DE SONORA

**NOMBRE DE LA UNIDAD RECEPTORA:**

Educación Superior

Calle Luis Encinas y Rosales s/n, Colonia Centro,

**GIRO O SECTOR**: **DOMICILIO:**

Hermosillo, Sonora, México.

83000

**C.P**. **CIUDAD**:

ACREDITACIÓN AUTOMÁTICA DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

**NOMBRE DEL PROYECTO/PROGRAMA:**

Los alumnos que no pudieron iniciar las prácticas profesionales durante o por motivo de la contingencia sanitaria.

xx

**OBJETIVO GENERAL:**

El alumno o la alumna por motivo de la contingencia sanitaria, recibirá automáticamente la acreditación de las Prácticas Profesionales en virtud de que los decretos federales y estatales no permitían la realización de las actividades no esenciales.

|  |
| --- |
| **EXCLUSIVO DE COORDINADOR O RESPONSABLE DE PRACTICAS PROFESIONALES** |
| **TUTOR DE PRACTICAS PROFESIONALES**: No. Empleado:  **Nombre:**  **Fecha de asignación**: / / 20 |
|  |
|  |
| **Nombre y firma del alumno(a)** |

**Adjuntar Kardex**

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

**Copias:** 1) Coordinación Divisional

2) Tutor de Prácticas Profesionales.

3) Alumno.