**DEPARTAMENTO:**

**UNIDAD REGIONAL CENTRO CAMPUS HERMOSILLO**

**FORMATO DE BAJA DE PRACTICAS PROFESIONALES**

**Hermosillo, Sonora, a de de 20 .**

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

**COORDINADOR/RESPONSABLE DE PRÁCTICAS PROFESIONALES**

**de lA LICENCIATURA EN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

P R E S E N T E.-

Por medio de la presente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Alumno(a) de la **Licenciatura en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** con número de expediente **\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_, solicito mi baja temporal ( ) definitiva ( ) del programa /proyecto de Prácticas Profesionales denominado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

registrado en la unidad receptora siendo los motivos de la baja los siguientes:

Se anexa el reporte de avance correspondiente.

A T E N T A M E N T E

Nombre y firma del Nombre y firma del

alumno Responsable del Programa

de la Unidad Receptora

Tutor de la Práctica Profesional