|  |
| --- |
| **PROGRAMA DE PRÁCTICAS PROFESIONALES** |
| **Identificación Federal** **[ ]  Estatal** **[ ]  Municipal** **[ ]  Privada** **[ ]  A.C**. [ ]  **Otros** **[ ]**  |
|  **Nombre de la dependencia solicitante**  | **Dirección** | **Teléfono Ext.** |
|  |  |  |
| **Nombre del Titular de la dependencia** | **Colonia** | **Municipio:** |
|  |  |  |
| **Nombre del receptor del practicante** | **Cargo** | **e-mail** |
|  |  |  |
| **Nombre del programa** | **Modalidad** | **Numero de Practicantes** | **Carrera** |
|  | **Presencial**  |  |  |  |
| **Virtual** |  |
| **Justificación** |
|  |
|  **Objetivos Generales** | **Resultados Esperados (Productos Entregables)** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Cronograma de actividades** |
| **No.** | **Actividad** | **Mes** |
| **E** | **F** | **M** | **A** | **M** | **J** | **J** | **A** | **S** | **O** | **N** | **D** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR DE LA DEPENDENCIA, SELLO DE LA DEPENDENCIA RECEPTORA

MTRA. ROSA NOEMÍ MORENO RAMOS

RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE EXTENSIÓN

**Notas:**

**Fecha de Elaboración:**

* + **En caso de requerir practicantes de más de una carrera, favor de enviar un programa por cada una de ellas.**
	+ **La justificación y el objetivo del programa deben tomar en cuenta el fortalecimiento de la formación del estudiante.**

**Fecha de Recepción:**

* + **Las metas son los logros concretos que se pretenden alcanzar en el ámbito social y académico del servicio.**
	+ **En caso de ser modalidad presencial, establecer los horarios propuestos para el desarrollo de las actividades**