



**SOLICITUD DE PRÁCTICA CLÍNICA, ESTADÍA Y SERVICIO SOCIAL**

Amozoc de Mota, Puebla, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_

Marcar con una "X" el espacio que corresponda.

Práctica Clínica I	<input type="checkbox"/>
Práctica Clínica II	<input type="checkbox"/>
Práctica Clínica III	<input type="checkbox"/>
Práctica Clínica IV	<input type="checkbox"/>
Estadía	<input type="checkbox"/>
Servicio Social	<input type="checkbox"/>

NOMBRE COMPLETO DEL APRENDIENTE: \_\_\_\_\_

MATRICULA: \_\_\_\_\_

CARRERA: \_\_\_\_\_

**Visto Bueno de:**

**COORDINACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS** (Acredita que la y el alumno está asegurado)

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma y/o sello \_\_\_\_\_

NSS: \_\_\_\_\_ Estatus: \_\_\_\_\_

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESCOLARES** (Acredita que la y el alumno está inscrito)

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma y/o sello \_\_\_\_\_

**PROFESOR Y PROFESORA DE TIEMPO COMPLETO** (Acredita que la o el alumno no adeuda materia)

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**SUBDIRECCIÓN DE VINCULACIÓN, EMP. Y PROCURACIÓN DE FONDOS** (Valida que se puede realizar Práctica Clínica, Estadía y Servicio Social para generar Oficio de Presentación a la Sede)

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Sello del área de Vinculación:

Nota: En caso de faltar alguna firma o incurrir en omisión de datos, no se tomará como válida la Práctica Clínica, Estadía o Servicio Social