

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

Amozoc de Mota, Puebla, \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

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

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

**Visto Bueno de:****SERVICIO Y ATENCIÓN MÉDICA** (Acredita que la y el alumno está asegurado)

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

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

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

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

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

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

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

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

**DEPARTAMENTO DE VINCULACIÓN**

(Valida que puede realizar Práctica Clínica, Estadía y Servicio Social para generar Oficio de Presentación a la Empresa)

Sello del Departamento 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