



SOLICITUD DE PRÁCTICA CLÍNICA, ESTADÍA Y SERVICIO SOCIAL

Amozoc de Mota, Puebla, ____ de ____ del 20 ____

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

Marcar con una "X" la opción que corresponda.

Práctica Clínica I

Práctica Clínica II

Práctica Clínica III

Práctica Clínica IV

Estadía

Servicio Social

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


SOLICITUD DE PRÁCTICA CLÍNICA, ESTADÍA Y SERVICIO
Instructivo para el llenado del registro R-VIN-02-01 Solicitud de Práctica Clínica, Estadía y Servicio Social

Campo	Concepto	Llenado del campo	Responsable
1	Fecha	Se coloca la fecha de inicio de cuatrimestre	Aprendiente
2	Marcar con una X la opción que corresponda	Marcar con una X la opción, ya sea práctica, estadía o servicio social a realizar	
3	Nombre completo del Aprendiziente	Se coloca el nombre completo del aprendiziente que solicita	
4	Matricula	Se coloca el número de matricula del aprendiziente	
5	Carrera	Se coloca el programa académico que cursa el aprendiziente	
6	Coordinación de Servicios Médicos		Coordinación de Servicios Médicos
7	Nombre	Se coloca el nombre completo de la o el encargado de Coordinación de Servicios Médicos, si no cuenta con el seguro dejar en blanco	
8	Firma y/o sello	Se coloca la firma y/o sello de la o el encargado de Coordinación de Servicios Médicos, si no cuenta con el seguro dejar en blanco	
9	NSS	Coloca número de seguro social facultativo del aprendiziente	
10	Estatus	Si se tiene colocar estatus "activo" de lo contrario dejar en blanco	
11	Departamento de Servicios Escolares		Departamento de Servicios Escolares
12	Nombre	Se coloca el nombre completo de la o el jefe del Departamento de Servicios Escolares, verificando que la o el alumno este inscrito	
13	Firma y/o sello	Se coloca la firma y/o sello de la o el jefe del Departamento de Servicios Escolares	
14	Profesor y Profesora de Tiempo Completo		Profesor y Profesora de Tiempo Completo
15	Nombre	Se coloca el nombre completo de la o el Profesor Tiempo Completo, verificando que la o el alumno no adeuda materia en caso contrario dejar en blanco.	
16	Firma	Se coloca la firma de la o el Profesor Tiempo Completo, en caso de adeudar materia dejar en blanco.	
17	Subdirección de Vinculación, Emp. y Procuración de Fondos		Subdirección de Vinculación, Emp. y Procuración de Fondos
18	Nombre	Se coloca el nombre completo de la o el jefe de la Subdirección de Vinculación, siempre y cuando tenga todas las firmas y nombres anteriores	
19	Firma	Se coloca la firma de la o el jefe de la Subdirección de Vinculación, siempre y cuando tenga todas las firmas y nombres anteriores	
20	Sello del área de Vinculación	Se coloca sello siempre y cuando tenga todas las firmas y nombres anteriores	