



SOLICITUD DE ESTANCIA Y ESTADÍA

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

Marcar con una "X" el espacio que corresponda.

Estancia I

Estancia II

Estadia

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 estancia o estadía.