



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE ZACATECAS
UNIDAD ACADÉMICA DE PSICOLOGIA
COORDINACIÓN DE VINCULACIÓN Y EXTENSIÓN**



**FORMATO DE SOLICITUD E IDENTIFICACIÓN
DE PRACTICAS PROFESIONALES (PP)**

Fecha

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Nombre		
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Edad
Domicilio	Colonia	C.P.
Localidad	Municipio	
Estado	Teléfono	
No. de Matricula	Correo Electrónico	
Nombre, Dirección y Teléfono del Familiar o Conocido		
Trabaja	Lugar	Teléfono
Si No		

DATOS ESCOLARES

Año de ingreso a la Escuela	Semestre Actual o Año de Egreso
Grupo y Área	Promedio Actual

**DATOS DE LA INSTITUCIÓN EN LA QUE PRESTARÁ SUS
PRACTICAS PROFESIONALES**

Nombre de la dependencia		
Departamento o Área donde va a Realizar sus Practicas Profesionales		
Calle y número	Colonia	C.P.
Localidad	Municipio	
Estado	Teléfono	
Perfil y nombre del director(a) de la Institución donde prestará sus P. P.		
Perfil, nombre y puesto del responsable de sus P.P. en la dependencia		

Actividades a desarrollar durante sus Practicas Profesionales
Materias curriculares en las que impactarán sus P.P.

Nombre y Firma del Asesor de la Unidad Académica de Psicología

Firma del Prestador de Practicas Profesionales

TERMINO DE LAS PRACTICAS PROFESIONALES

Síntesis de las actividades *	
Fecha de Inicio (Día Mes Año)	/ /
Fecha de Terminó Según Carta de Liberación de la Dependencia (Día Mes Año)	/ /
Fecha de liberación por la Aux. de Extensión de la U.A.P. (Día Mes Año)	/ /
TOTAL DE HORAS	

* Anexar reporte global de las actividades realizadas y del aprendizaje adquirido