



**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
PRÁCTICAS PROFESIONALES**

Nombre de la dependencia		
Departamento o Área donde va a Realizar sus Prácticas 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 Prácticas Profesionales
Materias curriculares en las que impactarán sus P.P.

TERMINO DE LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES

Síntesis de las actividades^{1*}		
Fecha de Inicio (Día Mes Año)		
Fecha de Terminación 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	

Nombre y Firma del Asesor de la Unidad Académica de Psicología

Firma del Prestador de Prácticas Profesionales

^{1*} Anexar reporte global de las actividades realizadas y del aprendizaje adquirido