



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**

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

<b>Actividades a desarrollar durante sus Prácticas Profesionales</b>
<b>Materias curriculares en las que impactarán sus P.P.</b>

**TERMINO DE LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES**

<b>Síntesis de las actividades<sup>1*</sup></b>		
<b>Fecha de Inicio</b> (Día Mes Año)		
<b>Fecha de Terminación</b> Según Carta de Liberación de la Dependencia (Día Mes Año)		
<b>Fecha de liberación</b> por la Aux. de Extensión de la U.A.P. (Día Mes Año)		
	<b>TOTAL DE HORAS</b>	

<b>Nombre y Firma del Asesor de la Unidad Académica de Psicología</b>

<b>Firma del Prestador de Prácticas Profesionales</b>

<sup>1\*</sup> Anexar reporte global de las actividades realizadas y del aprendizaje adquirido