UNIVERSIDAD AUTONOMA DE ZACATECAS UNIDAD ACADEMICA DE PSICOLOGIA COORDINACIÓN DE VINCULACIÓN Y EXTENSIÓN

FORMATO DE SOLICITUD E IDENTIFICACIÓN DE PRACTICAS PROFESIONALES (PP)

**Fecha**

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

e

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

DATOS ESCOLARES

a



|  |  |
| --- | --- |
| **Año de ingreso a la Escuela** | **Semestre Actual o Año de Egreso** |
|  |  |
| **Grupo y Área** | **Promedio Actual** |
|  |  |
| **Campus:** |
|  |

DATOS DE LA INSTITUCIÓN EN LA QUE PRESTARA SUS PRACTICAS 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.** |
|  |

**Firma del Prestador de Prácticas Profesionales**

**Nombre y Firma del Asesor de la Unidad Académica de Psicología**