



Nombre del Alumno: _____

Número de matrícula: _____ email: _____

Teléfono: _____ Fecha: ____/____/20____

Nombre de la Unidad Receptora/Razón Social: _____

Giro o Sector: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____

Teléfono: _____

Asesor en la Unidad Receptora: _____

Puesto: _____ email: _____

Nombre del proyecto/programa: _____

Objetivo general: _____

Actividades a realizar: _____

Periodo de la práctica: Del ____/____/20____ al ____/____/20____. Horario: De las ____ a las ____ hrs para un total de 240 horas como mínimo o ____ horas en acuerdo con la Unidad Receptora.

Anexar plan de trabajo

Nombre y firma del alumno	Nombre y firma del asesor en la Unidad Receptora	Sello de la Unidad Receptora

Al firmar este documento se da por entendido que el alumno ha sido presentado y aceptado para realizar sus Residencias Profesionales en la Unidad Receptora

Para ser llenado por el Coordinador de Residencias Profesionales del PILB

Asesor interno: _____

No. de empleado: _____ Fecha de asignación: ____/____/20____

Favor de llenar por cuadruplicado: 1) Coordinador de Residencias Profesionales del PILB; 2) Asesor externo en la Unidad Receptora; 3) Asesor interno en el PILB; 4) Alumno.