INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE ZACAPOAXTLA

**SEP**

Organismo Público Descentralizado del Gobierno del Estado de Puebla

**SOLICITUD DE RESIDENCIA PROFESIONAL**

Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos personales** | | | | | |
| Nombre completo: *(Ap. Paterno, Ap. Materno, Nombre)* | | | | | |
| Sexo: F ( ) M ( ) | | Edad: | Estado Civil: Soltero ( ) Casado ( ) Unión libre ( ) | | |
| Domicilio: (*Calle, #).* | | | | | |
| C.P.: | Localidad: | | | Municipio: | Estado: |
| Teléfono: | | | Correo electrónico: | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Escolaridad** | |
| No. de Control: | Carrera: |
| Periodo: | Semestre: |
| Créditos aprobados: | Inscrito: Si ( ) No ( ) |
| Número de seguro facultativo IMSS: | |

**Datos del lugar en donde se realizará la Residencia Profesional**

Razón social:

Tipo: Público: ( ) Privado: ( ) Social: ( )

Nombre del titular:

Puesto del titular:

Área en donde estará ubicado el residente:

Nombre del asesor externo:

Puesto del asesor externo:

Correo electrónico del asesor externo:

Nombre del Proyecto:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Para uso exclusivo del Departamento de RP y SS.** | | | | |
| Modalidad: | Fecha de Inicio: |  | Fecha de terminación: |  |
| Observaciones: | | | | |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y firma M.A. Leticia Patricia Oliva Ruiz Nombre y firma**

**del estudiante Jefa del Departamento de del Jefe (a) de la División de Carrera**

**Residencias Profesionales y Servicio Social**

F-RPSS-04 R04/0120