|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de visita** | **Presencial** |  | **Virtual** |  | **Nombre empresa:** |  |
| **Fecha de la visita:** |  | **Horario de la visita:** |  | **Domicilio de la empresa:** |  |
| **Carrera:** |  | **Total de estudiantes:** |  |
| **Docente (s) responsable (s):** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°.** | **Nombre del Alumno (a)** | **Correo electrónico** | **Sexo** | **N°. Control** | **Semestre y grupo.** | **NNS\*** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Nombre y Firma  del Docente Responsable | Recibió Departamento de Vinculación |

**\*El NSS aplica en visita presencial, en caso de ser virtual colocar NA.**

**NOTA: EN VISITA PRESENCIAL,** ADJUNTAR IDENTIFICACIONES DE ALUMNOS (INSTITUCIONALES O CONSTANCIAS DE ESTUDIO CON FOTOGRAFÍA) Y VIGENCIA DE DERECHOS DEL IMSS.