Tlatlauquitepec, Puebla a \_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_

**LIC. JUNELLIE MANILLA GONZÁLEZ**

**DEPARTAMENTO DE VINCULACIÓN Y EXTENSIÓN**

**DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE TLATLAUQUITEPEC**

**PRESENTE.**

Por este conducto el que suscribe **C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, con numero de control **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** cursando el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ semestre de la Carrera de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en el Instituto Tecnológico Superior de Tlatlauquitepec, me dirijo a Usted para informarle que conforme lo marca el procedimiento y una vez acreditado lo requisitos correspondientes, le pido de la manera más atenta tenga a bien registrar mi proyecto de Residencia Profesional conforme al siguiente proyecto:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre Del Proyecto:** |  |  |

**DATOS DE LA EMPRESA:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre:** |  | | | | | | | | |
| **Giro, Ramo:**  **o Sector:** | Industrial ( ) Servicios ( ) Otro ( )  Público ( ) Privado ( ) | | | | | | | R.F.C. |  |
| **Domicilio:** |  | | | | | | | | |
| **Correo electrónico de la empresa** | | |  | | | **Teléfono**  **( no celular)** | | |  |
| **Nombre del Titular de la empresa:** | |  | | | **Puesto:** | |  | | |
| **Nombre del Asesor Externo:** | |  | | | **Puesto:** | |  | | |
| **Correo electrónico del Asesor Externo:** | |  | | | | | | | |
| **Nombre de la persona que firmará el acuerdo de trabajo. Alumno- Escuela-Empresa** | | | | Lic. Junellie Manilla González. | **Puesto:** | | Jefe de Departamento de la Jefatura de Vinculación. | | |

**DATOS DEL RESIDENTE:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre:** |  | | | | | |
| **Carrera:** |  | | **No. de control:** | |  | |
| **Domicilio:** |  | | **Teléfono**  **Celular:** | | |  |
| **Teléfono fijo** | | |  |
| **Teléfono**  **(recados)** | | |  |
| **E-mail:** |  | **Periodo para solicitado para cursar Residencia Profesional** | | Enero – Junio ( ) | | |
| Agosto - Diciembre ( ) | | |

**SEGURIDAD SOCIAL:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio de Seguridad Social (marca con X)** | | | | | | | | | | | | |
| IMSS  ( ) | ISSSTEP  ( ) | | ISSSTE  ( ) | | INSABI  ( ) | | PEMEX  ( ) | ISSFAM  ( ) | | OTRO. Cual.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **Actualmente tus servicios se encuentran vigentes :** | | Si  **( )** | | No  **( )** | | **Numero de Seguridad Social** | | | | |  | |
| **Alta de Clínica** | | | | | Si  **( )** | No  **( )** |
| **Datos de la clínica asignada** | | | | |  | |
| **En caso de accidente favor de avisar a :** | |  | | | | | | | N°. Teléfono (s):  .  . | | | |

Sin otro en particular y en espera de contar con una respuesta favorable, quedo de usted como su atento y seguro servidor.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma del alumno