

## SOLICITUD DE RESIDENCIAS PROFESIONALES

LUGAR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

DATOS DEL ALUMNO O EGRESADO	DATOS PERSONALES			
	NOMBRE COMPLETO:			
	CORREO ELECTRÓNICO:			
	DOMICILIO:			
NÚMERO CELULAR:		NÚMERO TELEFÓNICO DE CASA:		
DATOS ESCOLARES	DATOS ESCOLARES			
	LICENCIATURA:		NÚMERO DE MATRÍCULA OFICIAL:	
	MODALIDAD:	ESCOLARIZADA ( ) NO ESCOLARIZADA ( )	GRUPO:	
	CAMPUS:		ALUMNO ( )	PASANTE ( )
LUGAR DONDE REALIZARÁ EL PROYECTO EMPRESARIAL	DATOS DEL LUGAR DONDE DESARROLLARÁ LAS RESIDENCIAS PROFESIONALES			
	NOMBRE DE LA DEPENDENCIA:			
	DOMICILIO:			
	LOCALIDAD:		NÚMERO TELEFÓNICO:	
	TITULAR DE LA DEPENDENCIA:			
	CORREO ELECTRÓNICO:			
	PERSONA QUE SUPERVISARÁ LA REALIZACIÓN DE RESIDENCIA PROFESIONAL:			
DOCUMENTACIÓN QUE ENTREGA EL ALUMNO O EGRESADO			OBSERVACIONES	
CARTA DE PRESENTACIÓN				
CARTA DE ACEPTACIÓN				
DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO				
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES				
CARTA COMPROMISO				
ARANCEL DE PAGO				

La citada documentación junto con la solicitud debidamente requisitada, deberá ser entregada en el departamento de servicio social y residencias profesionales correspondiente de tu Campus en original con 1 copia.

**“Declaro que los documentos que entrego son legales y asumo completamente la responsabilidad sobre ellos, exonerando a la Consorcio Universitario del Golfo de México Campus sobre cualquier responsabilidad futura. Asimismo me comprometo que en caso de entregar la información incompleta cuento con un plazo no mayor a 5 días hábiles partir de esta fecha.”**

NOMBRE Y FIRMA DE CONFORMIDAD

\_\_\_\_\_

ALUMNO O EGRESADO

Así mismo manifiesto mi consentimiento a través de este medio para la revisión y resguardo de los datos personales mencionados, mediante los medios que mi campus establezca, tratándose estos datos personales, bajo el amparo del Capítulo Quinto de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

NOMBRE Y FIRMA DE CONFORMIDAD

\_\_\_\_\_

ALUMNO O EGRESADO