

**Carta de Presentación Práctica Profesional (Estudiantes o Egresados con Seguro Médico Propio) Planes Cuatrimestrales**



**Fecha de Elaboración: 29 de enero de 2025**

 **ID: FOR-05-04-20**

 **Revisión: 06**

 Ixtlahuaca, México 29 de enero de 2025

**TITULAR (GRADO ACADÉMICO, NOMBRE COMPLETO)**

**CARGO DEL TITULAR**

**INSTITUCIÓN, ORGANISMO O EMPRESA**

**lugar (municipio, estado)**

**P R E S E N T E**

La Universidad de Ixtlahuaca CUI, como Institución comprometida con el desarrollo de la entidad y del país, fortalece la vinculación con los diferentes sectores, y otorga la presente a**- Nombre -****- A. Paterno -- A. Materno -** **egresado** de la Licenciatura en **- Carrera -** en esta casa de estudios, con número de cuenta **00000000**, promedio **el que aparece en la constancia de estudios**, un **00%** de créditos cubiertos y número de seguridad social **el del carnet** por el **institución** quien cumple con los requisitos necesarios para iniciar **la práctica profesional**, y tiene interés en realizar dicha actividad en **-Departamento, área, programa social ó proyecto (Si ya fuese asignado)-** de la Institución a su digno cargo; el interesado debe cubrir un mínimo de 320 horas distribuidas en un período no menor de 4 meses ni mayor a 2 años, desarrollar actividades acordes con su perfil profesional y respetar los convenios y/o acuerdos establecidos. De la misma forma pido, que de presentarse alguna irregularidad sea notificada a esta dirección, al teléfono: 712 28 31012 ext-1080 o al e-mail: jesus.antonio@uicui.edu.mx.

Para la aceptación del interesado, se requiere signar la presente carta e indicar la fecha de inicio de sus actividades; así mismo, solicitamos validar su cumplimiento con la firma de los informes, la carta de terminación y la evaluación del desempeño del **practicante**.

Anticipadamente agradezco su amable colaboración y en espera de una respuesta favorable aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

|  |
| --- |
| **Fecha de inicio de Práctica Profesional a partir del:** |
|  |
| **Firma de aceptación y sello de la dependencia receptora** |

**“UNIVERSIDAD SOCIAL, MODELO Y DE VANGUARDIA"**

**Dr. EN C.E.F. Christián Conzuelo Bernal**

**Director de ComunIcacIón, Extensión**

**y Vinculación Universitaria**

C

Foto