

**ID: FOR-05-04-19**

**Carta de Presentación Práctica Profesional (Estudiantes con Seguro Escolar) Planes Cuatrimestrales**

**Fecha de Elaboración: 04 de agosto de 2025**

**Revisión: 09**

Ixtlahuaca, México 04 de agosto de 2025

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

**CARGO DEL TITULAR**

**INSTITUCIÓN, ORGANISMO O EMPRESA**

**LUGAR (MUNICIPIO Y 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 -** **inscrito al - Periodo (Semestre/Cuatrimestre) -** 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 asegurado contra accidentes por Seguros SURA México S.A de C.V a través de la póliza general 12-605-2105 quien cumple con los requisitos necesarios para iniciar **la práctica profesional**, y tiene interés en realizar dicha actividad en **-Departamento, Área, Programa ó Proyecto-** 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: coordinacion.ssypp@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