**DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**SOLICITUD DE RESIDENCIA PROFESIONAL**

Tepic, Nayarit a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(1)\_\_\_\_\_

(2)

Jefe(a) de la Div. de Estudios Profesionales

PRESENTE

AT’N: C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(3)\_\_\_\_\_\_\_

Coord. de la carrera de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(4)\_\_\_\_

Por medio de la presente le solicito me sea asignado el proyecto de Residencia Profesional, para lo cual presento a continuación mis datos generales:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: | (5) | | | | Carrera: | (6) |
| No. de control | (7) | Correo electrónico | | (8) | | |
| Dirección | (9) | | | | | |
| Ciudad: | (10) | | Teléfono particular: (11) | | | Teléfono Celular: (12) |
| Atención (13) Médica | IMSS ( ) ISSSTE ( ) OTRO( ) Especificar:  No. de afiliación al servicio médico: | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Banco de  Proyectos |  |  | Propuesta  propia |  |  | Trabajador |  |

Me interesa sea asignado en la modalidad de (14)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del proyecto: | (15) | | |
| Periodo Proyectado: | (16) | Número de residentes | (17) |

A desarrollarse en la empresa:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: | (18) | | | | | |
| Ramo o Sector: | Industrial ( ) Servicios ( ) Otro ( )  (19) Público ( ) Privado ( ) | | | R.F.C. | (20) | |
| Domicilio: | (21) | | | | | |
| Colonia: | (22) | | C. Postal | (23) | Email | (24) |
| Ciudad: | (25) | | Teléfono (no celular) | | | (26) |
| Nombre del Representante de la empresa: | | (27) | Puesto: | (28) | | |
| Nombre del Asesor Externo: | | (29) | Puesto: | (30) | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(31)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del estudiante

INSTRUCTIVO DE LLENADO

|  |  |
| --- | --- |
| **Número** | **Descripción** |
|  | Fecha en que se presenta la solicitud. |
|  | Nombre del Jefe(a) de la División de Estudios Profesionales. |
|  | Nombre del coordinador de la carrera a la que pertenece el estudiante que solicita la Residencia Profesional. |
|  | Nombre de la carrera bajo la responsabilidad del coordinador. |
|  | Nombre del estudiante que solicita la residencia profesional. |
|  | Nombre de la carrera que cursa el estudiante. |
|  | Número de control del estudiante. |
|  | Correo electrónico del estudiante. |
|  | Domicilio del estudiante. |
|  | Ciudad donde radica el estudiante. |
|  | Número de teléfono del estudiante. |
|  | Número de teléfono celular del estudiante. |
|  | Marcar Institución de Seguridad Social bajo cuya cobertura se encuentra el residente y número de afiliación a la institución de servicios médicos. |
|  | Marcar con una “X” según corresponda. |
|  | Nombre del proyecto que se presenta. |
|  | Periodo en el que se desarrollará la residencia profesional. |
|  | Número de residentes que se requieren para el desarrollo del proyecto. |
|  | Nombre completo de la empresa que recibirá al estudiante como residente. |
|  | Ramo o sector de la empresa. |
|  | Registro Federal de Contribuyentes de la empresa. |
|  | Domicilio donde se encuentra ubicada la empresa. |
|  | Nombre de la colonia donde se localiza la empresa. |
|  | Número del código postal que pertenece a la colonia donde se localiza la empresa. |
|  | Anotar correo electrónico del representante de la empresa o institución. |
|  | Ciudad en la que se encuentra ubicada la empresa. |
|  | Número de teléfono de la empresa, incluir el número de la lada. |
|  | Nombre de la persona representante de la empresa o institución |
|  | Nombre del puesto que ocupa la persona representante de la empresa |
|  | Nombre de la persona que fungirá como asesor externo. |
|  | Nombre del puesto que ocupa la persona que fungirá como asesor externo. |
|  | Firma del estudiante. |