## Solicitud para la realización de prácticas profesionales 2020 A

**Formato PP-S**

FOTO

(tamaño credencial actual)

|  |
| --- |
| **Datos del solicitante** |
| Apellido paterno | Apellido materno | Nombre ( s ) |
|  |  |  |
| Domicilio |
|  |
| Teléfono particular | Teléfono laboral o celular | Correo electrónico |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Datos académicos del solicitante** |
| Centro Universitario | Carrera | No. de créditos a la fecha |
|  |  |  |
| Turno | Calendario de ingreso | Código | Promedio |
|  |  |  |  |
| Número de registro IMSS (indispensable) | Clínica del IMSS asignada | Semestre que cursa |
|  |  |  |
| Nombre, teléfono y domicilio de alguna persona para casos de emergencia |
|  |

|  |
| --- |
| **Datos laborales del solicitante** |
| Empresa donde labora |  |
| Domicilio | Teléfono | Correo electrónico |
|  |  |  |
| Actividad desempeñada |
|  |

|  |
| --- |
| Horario disponible para la prestación de la práctica profesional |
| Lunes a viernes | T / M | [ ]  | T / V | [ ]  | Fin de semana | [ ]  |  |
| Horario |  | En horario de fin de semana presentar carta de trabajo y registro del IMSS |
| Sugiero prestar mi práctica profesional, con base en el catálogo de plazas |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |

|  |
| --- |
| **Asignación de plaza****(Para uso exclusivo del Comité de Prácticas Profesionales del Centro Universitario de Los Altos)** |
| Nombre del receptor |  |
| Nombre del responsable o supervisor |  | Teléfono |  |
| Domicilio |  |

Tepatitlán de Morelos, Jalisco; a       de       de 20

Observaciones:

Firma del solicitante

**Formato PP-C**

**CONSENTIMIENTO EXPRESO E INFORMADO DE NO CONFIDENCIALIDAD**

Con fundamento en el artículo 22 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Jalisco y sus Municipios, quien suscribe **Nombre completo del solicitante**, por medio de este documento, otorgo mi consentimiento expreso e informado de no confidencialidad de información y/o datos personales para que el (la) **Nombre del coordinador de carrera**, con motivo del trámite de prácticas profesionales, realice tratamiento (como difusión, distribución, publicación, transferencia o comercialización) de la información y/o datos personales confidenciales (como origen étnico o racial, características físicas, morales o emocionales, vida afectiva o familiar, domicilio particular, número telefónico y correo electrónico particular, patrimonio, ideología, opinión política, afiliación sindical o convicción religiosa y filosófica, estado de salud física y mental e historial médico, preferencia sexual y cualquier otra análoga que afecten o pudiera llegar a afectar mi intimidad, o pudiera dar origen a discriminación o que pueda o pudiera llegar a representar un riesgo a mi persona) que con motivo del trámite de prácticas profesionales, en este momento proporciono.

Así mismo en este acto, me reservo el derecho con forme al artículo 23 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Jalisco y sus Municipios, en todo momento conservo para conocer la utilización, procesos, modificaciones y transmisiones de que sea objeto la información y/o datos personales confidenciales que en este acto otorgo, así como para hacer uso de mis derechos ARCO en el momento en que yo así lo disponga.

Ciudad, Jalisco a 0 de mes de año

**Nombre completo y firma**

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

Nombre y firma del titular de la información y/o datos personales

**TESTIGOS**

**Nombre completo y firma**

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

Nombre y firma de primer testigo

**Nombre completo y firma**

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

 Nombre y firma del segundo testigo