Carta de conformidad para uso de datos e información de Práctica Profesional como Opción de Titulación

Cuautitlán Izcalli, Estado de México a ___ de_____ de 20____.

DATOS DEL PRACTICANTE:

Nombre:					
Número de Cuenta:		*Estudiante*	☐	*Egresado*	☐
Carrera:					
Domicilio:					
Teléfono:		Correo electrónico:			

DATOS DE LA INSTANCIA RECEPTORA:

Nombre de la Instancia Receptora	
Domicilio Social:	
Nombre del responsable del Programa de Prácticas Profesionales:	
Cargo:	
Teléfono:	
Fecha de inicio:	Fecha de término:
Correo electrónico:	
El practicante recibirá una gratificación mensual (opcional) por la cantidad de $	M/N.

CONFORME

La Instancia Receptora _____ autoriza a _____ el uso y empleo de información no confidencial referente _____ _____ _____

con fines académicos y de titulación. El alumno se compromete a cumplir con sus Prácticas Profesionales de acuerdo con las políticas y normativa estipuladas por la Instancia Receptora.

_____
Nombre Sello y Firma del Responsable del Programa de Prácticas Profesionales Instancia Receprora

_____
Mtra. Nancy Silva Castro
Responsable de Prácticas Profesionales
Facultad de Estudios Superiores Cuautitlán

_____
Nombre y Firma del practicante