



Universidad Autónoma del Carmen

DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS AL ESTUDIANTE
DEPTO. DE PRÁCTICAS PROFESIONALES
REPORTE DE PRÁCTICAS PROFESIONALES



FECHA:
dd/mm/aaaa

PRACTICANTE:			Matrícula:	REPORTE N° :
	Nombre (s)	Apellidos	PERIODO/FECHA:	AL:
FACULTAD:	PROGRAMA EDUCATIVO:			
ENTIDAD RECEPTORA:	DEPARTAMENTO O ÁREA:			
NOMBRE DEL ASESOR INTERNO:	E-MAIL:			

DESCRIBIR LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLO DURANTE EL PERIODO		Horas por actividad
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
TOTAL DE HORAS REPORTADAS:		

FIRMA DEL PRACTICANTE	NOMBRE Y FIRMA DEL ASESOR EXTERNO DE LA ENTIDAD RECEPTORA	NOMBRE Y FIRMA DEL ASESOR INTERNO EN LA FACULTAD	SELLO Y FIRMA DE RECIBIDO DEL DEPTO. DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

Leyenda de información:

De acuerdo a lo previsto en la "LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES DEL ESTADO DE CAMPECHE Y SUS MUNICIPIOS" LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL CARMEN declara ser una Institución Pública legalmente constituida de conformidad con las leyes mexicanas, con domicilio ubicado en, Calle 56 Núm. 4 esquina con Av. Concordia, Colonia Benito Juárez, CP. 24180, Ciudad del Carmen Campeche, México., su información personal será utilizada para realizar las actividades pertinentes al proceso de Prácticas profesionales, y por lo cual, deberá otorgar los datos personales, que a continuación se mencionan en el formato. Los datos señalados con un *asterisco, son obligatorios de aportar, y sin ellos, no podrá acceder al servicio o completar el trámite. Para mayor información sobre el tratamiento de sus datos personales usted puede ingresar al siguiente link: http://www.unacar.mx/unacar/Documentos/Leyenda_de_Informar_de_Datos_Personales.pdf

AL MARCAR ESTE CUADRO DOY MI CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE MIS DATOS PERSONALES, ACEPTO HABER LEÍDO Y ENTENDIDO EL AVISO DE PRIVACIDAD ANTES MENCIONADO.

Firma y Nombre completo del usuario.