**DEPARTAMENTO DE VINCULACIÓN Y PRÁCTICAS PROFESIONALES**



LIBERACIÓN DE LA ESTANCIA / ESTADÍA

|  |
| --- |
| **DATOS DEL ALUMNO** |
|  Nombre: Matricula:  |
|  Primer apellido Segundo apellido Nombre(s) |
| Carrera: Grupo: Cuatrimestre: Fecha: |
|  |
| Estancia realizada: | Primera |  | Número total de horas: \_\_\_\_\_\_\_  |
|  | Segunda |  |  |
| Estadía:  |  |  | Periodo del: / / al / / |
|  |
| **DATOS DE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA** |
| Nombre o Razón Social de la Institución Receptora: |
| Domicilio: Teléfono: |
| Área / Departamento al que fue Asignado/a: |
| Nombre del/ la Responsable Estancia/Estadía en la I.R: |
| Cargo: Correo electrónico: |
| **RESUMEN DE ACTIVIDADES REALIZADAS** |
|  |
| \*Datos de la persona responsable en el I.R., que avala el cumplimiento de la Estancia del alumno según lo establecido en el presente documento. |
|  | **Sello I.R.** |  |
|  |
|  |  |
| **Nombre y Cargo** | **Firma** |



Nota: este documento deberá ser llenado a computadora y sin dejar ningún espacio en blanco, en caso contrario no será recibido