



**FORMATO DE REGISTRO DE UNIDADES RECEPTORAS  
PROGRAMA DE PRÁCTICAS PROFESIONALES**

*Para ser llenado por el Responsable de la Empresa o Institución*

<b>Datos Generales:</b>	
Empresa o Institución:	
RFC:	
Giro y/o actividad:	
Sector:	<input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Social
Domicilio:	
Teléfono:	
Nombre del responsable:	
Cargo:	
Correo electrónico:	
Nombre del proyecto:	
Objetivo del proyecto:	

<b>Practicantes Solicitados:</b>
de la carrera de

<b>Especificaciones de la Práctica:</b>	
Días y horarios:	a _____, en horario de _____ a _____ hrs.
Beca/ apoyo económico:	mensual
Duración:	Fecha de inicio: _____ Fecha de terminación: _____
Género del practicante	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Indistinto

<b>Actividades a Realizar:</b>

<b>Características del perfil requerido:</b>	
<input type="checkbox"/> Iniciativa	<input type="checkbox"/> Puntualidad
<input type="checkbox"/> Trabajo en equipo	<input type="checkbox"/> Dominio segundo idioma:
<input type="checkbox"/> Toma de decisiones	Nivel:
<input type="checkbox"/> Comunicación	<input type="checkbox"/> Manejo de Programas de Cómputo:
<input type="checkbox"/> Trabajo bajo presión	

**Otros requisitos  
solicitados:**