



1. Nombre: _____

2. Semestre: _____ **Escuela:** _____ **Matrícula:** _____

3. Dependencia: _____

4. Departamento de adscripción: _____

5. Nombre y cargo del representante de la dependencia: _____

6. Periodo que comprende el Programa: _____ **al** _____

7. Nombre del Programa: _____

8. Objetivo del Programa:

9. Justificación del Programa



10.- Cronograma de Actividades

Actividades a desarrollar	Meses de duración del Programa de Prácticas Profesionales					
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

11.- Descripción de Actividades

1.

2.



3.

4.

12. Fecha de elaboración del programa

**Nombre y firma del
prestador de prácticas
profesionales (alumno)**

**Nombre y firma del
representante de la
dependencia.**