Mixquiahuala de Juárez, Hidalgo, \_\_\_de \_\_\_\_\_de 2025.

 ASUNTO: SOLICITUD DE RESIDENCIA PROFESIONAL

 No. DE SOLICITUD: (Asignado por R.P. y S.S.)

LIC. CARMEN ROJO MONROY:

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE RESIDENCIAS PROFESIONALES Y SERVICIO SOCIAL

Quien suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con número de matrícula\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del Programa Educativo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con 80% de créditos aprobados de conformidad al Lineamiento de Operación y Acreditación del TecNM para la operación y acreditación de la Residencia Profesional, y, toda vez que cumplo con los requisitos para realizar el proceso de Residencia Profesional en el periodo junio - diciembre 2025; solicito a Usted me sea expedida la “Carta de presentación”, conforme a la ficha de identificación siguiente:

|  |
| --- |
| FICHA DE IDENTIFICACIÓN |
| I) DATOS DEL ESTUDIANTE: |
| I.1) Programa Educativo: |   |
| I.2) Matrícula: |   |
| 1.3) Especialidad: (Consultar en CONECT en retícula) |  |
| I.3) Nombre completo: |   |
| I.4) Domicilio completo: |   |
|   | (Calle, número ext. número int., Colonia, Municipio, Estado. C.P.) |   |
| I.5) Correo electrónico Institucional: |   |
| I.6) Teléfono celular:  |  Tel. fijo: |
| I.7) No. de afiliación IMSS: |   |
| I.8) No. de póliza de seguro “ ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO” THONA SEGUROS : | AP-TEC-219-06 VIGENCIA: 01/01/2025 AL 31/12/2025  |

|  |
| --- |
| II) DATOS DE LA EMPRESA, ORGANISMO O DEPENDENCIA |
| II.1) Denominación/Razón Social: (Anotar nombre completo, incluyendo Régimen capital, ejemplo: S. A. de C.V.) | (Sí es persona física se debe anotar el nombre completo del empresario seguido del nombre comercial)  |
| II.2) Domicilio completo: |   |
| (Calle, número ext. número int., Colonia, Municipio, Estado. C.P.) |
| II.3) Registro Federal de Contribuyentes:  | (Si la empresa no se encuentra relacionada en el catálogo deberá presentar la Constancias de Situación Fiscal Actualizada de la empresa)  |
| II.4) Giro o actividad principal de la empresa: |   |   |
| II.5) Teléfono fijo: |   |
| II.6) Redes Sociales: |   |
| II.7) Correo electrónico: |   |
| II.8) Grado académico del Titular : | (Licenciado, Ingeniero, Maestro, etc)  |
| II.9) Nombre completo del Titular : | (Persona del nivel jerárquico más alto en la empresa)  |
| II.10) Cargo de Titular: | (Gerente general, Director general, etc)  |
| II.11) Nombre completo del contacto: |   |   |
| II.12) Cargo del contacto: |   |   |
| II.11) Teléfono celular del contacto: |   |
| II.12) Correo del contacto: |   |
| III) DATOS DEL PROYECTO |
| II.1) Empresa del catálogo publicado en la Página Oficial del ITSOEH: |  SI ( ) NO ( ) |

**A T E N T A M E N T E**

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL ESTUDIANTE

**PEGAR EVIDENCIA DE REGISTRO EN BOLSA DE TRABAJO ITSOEH**

**LINK:** <https://www.itsoeh.edu.mx/front/occ.html>

 (Para dudas sobre registro consultar a: Lic. Neydi Jazmín Bautista Perez de Egresados al tel 738 73 5 4000 ext 501 o al correo egresados@itsoeh.edu.mx , también puede consultar el turorial publicado en el apartado de Residencias Profesionales/Inscripción, en el siguiente link: https://www.itsoeh.edu.mx/front/residencia.html)

**Nota: Favor de presentar solicitud sin las notas en color rojo**