Mixquiahuala de Juárez, Hidalgo, \_\_\_de \_\_\_\_\_de 2024.

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 2024; 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: |  | |
| 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-219-05 VIGENCIA: 01/01/2024 AL 31/12/2024 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| II) DATOS DE LA EMPRESA, ORGANISMO O DEPENDENCIA | | |
| II.1) Razón Social: |  | |
| II.2) Domicilio completo: |  | |
| (Calle, número ext. número int., Colonia, Municipio, Estado. C.P.) | | |
| II.3) Registro Federal de Contribuyentes: |  | |
| 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 : |  | |
| II.9) Nombre completo del Titular : |  | |
| II.10) Cargo de Titular: |  | |
| II.11) Nombre completo del contacto: |  |  |
| II.12) Cargo del contacto: |  |  |
| II.11) Teléfono celular del Titular o contacto: |  | |
| II.12) Correo del Titular o contacto: |  | |
| III) DATOS DEL PROYECTO | | |
| II.1) Proyecto del catálogo publicado en la Página Oficial del ITSOEH: | | SI ( ) NO ( X ) |
| II.2) Nombre del proyecto: |  | |

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

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL ESTUDIANTE