**FORMATO DE INSCRIPCIÓN DEL PRESTADOR DE PRÁCTICAS PROFESIONALES**

**PERIODO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_– \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DEL \_\_\_\_\_\_\_**

**DATOS DEL ALUMNO**

**Nombre:**

Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

**Matricula:   
Carrera:   
Semestre:   
 Turno:  
 Correo electrónico:   
Teléfono de contacto:**

**Número de Seguro Social y/o Facultativo:**

**Foto del alumno TAMAÑO INFANTIL**

**Datos del escenario:**

**NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN:   
NOMBRE DEL RESPONSABLE (ANOTAR GRADO DE ESTUDIOS):**

**CARGO DEL RESPONSABLE:**

**CORREO ELECTRONICO DEL RESPONSABLE:   
Tel:**

**DIRECCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN:**

**FECHA DE INICIO DE LAS PRÁCTICAS:**

**NOMBRE DEL PROYECTO A COLABORAR:**

**¿RECIBIRÁ APOYO ECONÓMICO?: SI \_\_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_ MONTO MENSUAL:  
NO. DE CONTROL DEL PROGRAMA:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE PRÁCTICAS DE LA EMPRESA/INSTITUCIÓN**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_L.I. LAURA LETICIA RUEDA SERET**

**JEFA DEL DEPARTAMENTO DE PRÁCTICAS PROFESIONALES DE LA FCAeI**

Nota: Favor de llenar el presente formato a computadora.

**DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS PRACTICANTES**

Serán derechos de los prestadores de prácticas profesionales, los siguientes:

1. Elegir el programa de práctica profesional que se acomode a sus necesidades, previa autorización de la organización receptora.
2. Recibir un trato digno, respetuoso y profesional por parte del personal de la organización receptora.
3. Recibir información sobre el reglamento interno de la organización receptora al inicio de la práctica profesional.
4. Realizar actividades acordes con su perfil profesional durante el desarrollo de la práctica profesional.
5. Recibir la capacitación adecuada por parte del responsable del programa.
6. Contar con las condiciones de higiene y seguridad en un ambiente favorable.
7. Tener disponible los recursos necesarios para el óptimo desempeño de las actividades correspondientes a la práctica profesional, por parte de la organización receptora.
8. Se podrá solicitar su baja definitiva o cambio de escenario, siempre y cuando su integridad física o moral se encuentre en riesgo.
9. Contar con seguro facultativo, siempre que esté inscrito en algún semestre dentro de la Universidad.
10. Recibir las constancias que acrediten la realización de las prácticas profesionales al término de las mismas, por parte de la Facultad y por la institución receptora.

Las obligaciones del prestador de prácticas profesionales serán las siguientes:

1. Cumplir con las disposiciones de la presente carta compromiso.
2. Realizar una práctica o estancia profesional seria y formal, cumpliendo con los preceptos de la ética profesional y principios universitarios, así como con los horarios establecidos, y no abandonar los proyectos sin una causa justificada.
3. Cumplir con el período establecido de la práctica profesional.
4. Asistir a los lugares o centros de adscripción que previamente le sean asignados para la prestación de sus prácticas profesionales.
5. Cumplir con actividades y horarios establecidos en la entidad receptora.
6. En caso de inasistencia, justificar su ausencia en la entidad receptora, con documentos oficiales (constancias médicas, etc.).
7. Observar la normatividad de la entidad receptora
8. Observar disciplina y buen desempeño en las tareas que le sean encomendadas.
9. Manifestar un alto sentido de disposición, responsabilidad y honradez en la realización de las actividades encomendadas.
10. No divulgar o extraer información que pueda afectar los intereses de la unidad receptora.
11. Responsabilizarse por el buen uso de equipos y materiales que utilice en sus prácticas.
12. Elaborar al término un formato de evaluación, Informe final y carta de termino de Prácticas Profesionales con apoyo de su escenario.
13. Integrar y resguardar su expediente completo relativo a la realización de las prácticas profesionales.
14. Iniciar el trámite para solicitar la expedición del documento oficial de liberación de prácticas profesionales.

**NOMBRE Y FIRMA DEL PRESTADOR DE PRÁCTICAS PROFESIONALES DE LA FCAeI**