|  |
| --- |
| **DATOS GENERALES DEL/LA RESIDENTE** |
| Nombre:  Edad: \_\_ Sexo: F ( ) M ( )  Carrera:  No. de Control: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono: Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA EMPRESA, ORGANISMO O DEPENDENCIA** |
| Nombre del titular o representante de la empresa a quien se dirige la carta de presentación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre de la empresa o Razón Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_**  Teléfonos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Empresa tipo: Pública ( ) Privada ( )  Giro de la Empresa:  Domicilio: Municipio: Estado: . |

**Manifiesto que he recibido, leído y me hago conocedor de todas las normas aplicables a la Residencia Profesional establecidas por el Instituto Tecnológico Superior de Libres como por \_(poner el nombre de la dependencia o empresa)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del alumno(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **EXCLUSIVO PARA LLENADO DEL**  **DEPARTAMENTO DE GESTIÓN TECNOLÓGICA Y VINCULACIÓN** |
| Número de créditos aprobados: . Porcentaje:(%)  Materia en especial: si ( ) no ( )  Servicio Social Liberado: si ( ) no ( )  Plática de inducción: \_\_\_\_\_\_\_\_  Entrega de tríptico de Residencia Profesional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Observaciones:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |