**SOLICITUD DE OFICIO DE PRESENTACIÓN**

**PARA REALIZAR LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre alumno: |  |
| Licenciatura: |  |
| Modalidad: |  |
| Semestre y grupo: |  |
| Sede o subsede: |  |
| Número de matrícula: |  |
| Número de celular: |  |
| Correo electrónico |  |

**INSTITUCIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la Institución: |  |
| Nombre director: |  |
| Nombre responsable  del programa: |  |
| Dirección: |  |
| Teléfono: |  |
| Correo electrónico: |  |

La Paz, B.C.S. a \_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.