



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
CENTRO UNIVERSITARIO DEL SUR

SECRETARIA ACADÉMICA
COORDINACIÓN DE EXTENSIÓN
UNIDAD DE VINCULACIÓN

SOLICITUD DE CONVENIO DE PRÁCTICAS PROFESIONALES Y/O ROTATORIOS CLÍNICOS *(El formato deberá llenarse en computadora (datos legibles), con firma autógrafa en original.*

SOLICITUD DE ROTATORIOS CLINICOS: *(Marque con una "X")* _____

SOLICITUD DE PRÁCTICAS PROFESIONALES: *(Marque con una "X")* _____

DATOS DE LA INSTITUCIÓN O EMPRESA

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN, EMPRESA O DEPENDENCIA *(Nombre como se le conoce):*

RAZÓN SOCIAL *(nombre legal de la institución, empresa o dependencia):*

SECTOR PRODUCTIVO *(indicar cuál: primario, secundario, terciario, etc.)*

GIRO: _____

RFC: _____ **DOMICILIO:** _____

COLONIA: _____ **MUNICIPIO:** _____

ESTADO: _____ **C.P.** _____

TELÉFONO: _____ **PARA QUÉ CARRERAS APLICARÍA EL CONVENIO:**

MOTIVOS QUE GENERAN EL INTERÉS POR SUSCRIBIR EL CONVENIO DE PRÁCTICAS PROFESIONALES *(Motivos de la institución o empresa):*



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
CENTRO UNIVERSITARIO DEL SUR

SECRETARIA ACADÉMICA
COORDINACIÓN DE EXTENSIÓN
UNIDAD DE VINCULACIÓN

BREVE DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A QUE SE DEDICA LA INSTITUCIÓN O EMPRESA:

DATOS DEL APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA *(persona que firmará el convenio).*

NOMBRE: _____

EMAIL: _____ **TELÉFONO:** _____

DATOS DEL ENCARGADO DE RECIBIR A LOS ESTUDIANTES *(institución o empresa que recibirá practicantes, recibirá propuesta de convenio y gestionará firma del convenio).*

NOMBRE: _____ **CARGO** _____

EMAIL: _____ **TELÉFONO:** _____

DATOS DEL PROMOTOR DEL CONVENIO *(institución, empresa, coordinador de carrera o profesor que entregará solicitud y se hará cargo del seguimiento del convenio).*

NOMBRE: _____

EMPRESA *(anotar cargo).* _____

EMAIL: _____ **TELÉFONO:** _____

FIRMA DEL PROMOTOR DEL CONVENIO



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
CENTRO UNIVERSITARIO DEL SUR

SECRETARIA ACADÉMICA
COORDINACIÓN DE EXTENSIÓN
UNIDAD DE VINCULACIÓN

JUSTIFICACIÓN PARA REALIZAR EL CONVENIO (*justificación del promotor: Institución, empresa, coordinador de carrera o profesor*):

SECCIÓN EXCLUSIVA PARA TRÁMITE INTERNO DEL CENTRO UNIVERSITARIO (*No aplica en el caso de empresas*)

Vo.Bo. PRESIDENTE COMITÉ CONSULTIVO DEL P. E.

RECIBE UNIDAD DE VINCULACIÓN

(Nombre y Firma)

FECHA: _____

Vo.Bo. DIRECTOR DE LA DIVISIÓN DE:

(Nombre y firma)

Nota.- El trámite iniciará al presentar la totalidad de los requisitos solicitados según corresponda.

Es necesario que la solicitud se presente con firma autógrafa en original (para el caso de que su empresa o institución tenga domicilio dentro de los 28 municipios de la región sur y sureste del estado de Jalisco) deberá presentar el formato en físico al coordinador (s) de carrera (de programas educativos correspondientes al perfil de alumnos que requieren).