

**AUTORIZACIÓN PARA RESIDENCIA PROFESIONAL**

**FO-SS-08**

**Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**APRECIABLE ESTUDIANTE: complete el presente formato para identificar si cumple con los requisitos para iniciar residencia profesional.**

**SECCIÓN A LLENAR POR EL ALUMNO (en computadora)**

**DATOS DEL ESTUDIANTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Apellido Paterno**  |  | **Apellido Materno**  |  |  | **Nombre(s)**  |
|  **No. de Matrícula:**  |   |  **Carrera:**  |   |

**SECCIÓN A LLENAR POR EL RESPONSABLE DEL ÁREA CORRESPONDIENTE**

**SITUACIÓN ACTUAL DEL ESTUDIANTE EN CUANTO A:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **REQUISITO**  | **CUMPLE** | **SITUACIÓN ACTUAL**  | **NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL** **RESPONSABLE DEL ÁREA**  |
| **80% de créditos cubiertos.** **(anexar comprobante de créditos y promedio)**  | **SI** | **NO** |   | **Control Escolar** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Con apego al lineamiento Residencia profesional** |
|  |