Tlatlauquitepec, Puebla a \_\_ de Septiembre de 2020

**LIC. JORGE ENRIQUE GONZÁLEZ LARA**

**JEFATURA DE VINCULACIÓN DEL INSTITUTO**

**TECNOLÓGICO SUPERIOR DE TLATLAUQUITEPEC**

**PRESENTE.**

Por este conducto el que suscribe **C. Roberto Ordaz Santos**, con numero de control **16TL0125** cursando el **Noveno** semestre de la Carrera de **Ingeniería en Innovación Agrícola Sustentable** en el Instituto Tecnológico Superior de Tlatlauquitepec, me dirijo a Usted para informarle que conforme lo marca el procedimiento y una vez acreditado lo requisitos correspondientes, le pido de la manera más atenta tenga a bien registrar mi proyecto de Residencia Profesional conforme al siguiente proyecto:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre Del Proyecto:** |  |  |

**DATOS DE LA EMPRESA:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** |  |
| **Giro, Ramo:** **o Sector:** | Industrial ( ) Servicios ( ) Otro ( )Público ( ) Privado ( ) | R.F.C. |  |
| **Domicilio:** |  |
| **Correo electrónico de la empresa**  |  | **Teléfono****( no celular)** |  |
| **Nombre del Titular de la empresa:** |  | **Puesto:** |  |
| **Nombre del Asesor Externo:** |  | **Puesto:** |  |
| **Correo electrónico del Asesor Externo:** |  |
| **Nombre de la persona que firmará el acuerdo de trabajo. Alumno- Escuela-Empresa** | Lic. Jorge Enrique González L. | **Puesto:** | Jefe de Departamento de la Jefatura de Vinculación. |

**DATOS DEL RESIDENTE:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** |  |
| **Carrera:** |  | **No. de control:** |  |
| **Domicilio:** |  | **Teléfono****Celular:** |  |
| **Teléfono fijo** |  |
| **Teléfono** **(recados)** |  |
| **E-mail:** |  | **Periodo para solicitado para cursar Residencia Profesional** | Enero – Junio ( ) |
| Agosto - Diciembre ( ) |

**SEGURIDAD SOCIAL:**

|  |
| --- |
| **Servicio de Seguridad Social (marca con X)** |
| IMSS( ) | ISSSTEP( ) | ISSSTE( ) | INSABI( ) | PEMEX( ) | ISSFAM( ) | OTRO. Cual.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Actualmente tus servicios se encuentran vigentes :** | Si**( )** | No**( )** | **Numero de Seguridad Social** |  |
| **Alta de Clínica** | Si**( )** | No **( )** |
| **Datos de la clínica asignada** |  |
| **En caso de accidente favor de avisar a :** |  | N°. Teléfono (s):.. |

Sin otro en particular y en espera de contar con una respuesta favorable, quedo de usted como su atento y seguro servidor.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma del alumno