



Instituto Alpha

Campo de Prácticas solicitados por el alumno

Nombre del alumno: _____

Número de matrícula: _____ Área de Formación: _____

Horario de clase: _____

Nombre de la empresa o institución: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del responsable: _____

Cargo: _____

Horario en el que se presentará a prácticas: _____

www.InstitutoAlpha.edu.mx

Firma del responsable

Nombre y firma del alumno

(Sello de la empresa)

