



**UNIVERSIDAD KINO, A.C.**  
**DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESTUDIANTILES**

**CARTA COMPROMISO DE PRÁCTICAS PROFESIONALES**

**DATOS DE LA ENTIDAD RECEPTORA (EMPRESA O INSTITUCIÓN DONDE REALIZARÁ SUS PRÁCTICAS)**

RAZÓN SOCIAL

DOMICILIO

TELÉFONO

JEFE INMEDIATO Y PUESTO

TIPO DE APOYO QUE SE PROPORCIONARÁ:

NINGUNO

ECONÓMICO O ESPECIE

EN CASO DE SER ECONÓMICO, ESPECIFICAR LA CANTIDAD Y PERIODICIDAD

EN CASO DE SER EN ESPECIE, INDICAR

FECHA DE INICIO Y TÉRMINO DE LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES

**DATOS DE LA UNIVERSIDAD**

CARRERA

MATRÍCULA

**PBRO. PEDRO VILLEGAS RAMÍREZ S/N COL. CASA BLANCA**

**(662) 259 08 08**

DOMICILIO

TELÉFONO

**M.E.F. ROSA LETICIA ZÚÑIGA ZULOGA, DIRECTORA DE SERVICIOS ESTUDIANTILES**

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

**DATOS DEL PRACTICANTE**

NOMBRE COMPLETO

MATRÍCULA

DOMICILIO

TELÉFONO

CARRERA

SEMESTRE

PROYECTO A DESARROLLAR

Las partes reconocen que durante la realización de las Prácticas Profesionales, de ninguna manera se tiene o se adquiere relación laboral alguna por parte de los alumnos, ni obligación laboral y/o legal por parte de la Organización, que en el presente acuerdo interviene colaborando para la formación del alumno.

**ME COMPROMETO A CUMPLIR CON MIS PRÁCTICAS PROFESIONALES, APEGÁNDOME AL REGLAMENTO DE PRÁCTICAS PROFESIONALES DE LA UNIVERSIDAD Y A LO ESTIPULADO POR LA ORGANIZACIÓN.**

HERMOSILLO, SON. A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20\_\_\_\_\_.

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE DE LA EMPRESA

NOMBRE Y FIRMA DEL PRACTICANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE PRÁCTICAS PROFESIONALES (UNIKINO)