**FORMATO “A”**

**Licenciatura en Promoción y Educación para la salud**

**Técnico Superior Universitario**

**Indicaciones:**

Complete los siguientes datos utilizando procesador de textos. Las firmas recabadas en el presente documento deberán ser autógrafas y con tinta azul.

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA INSTITUCIÓN** |
| Razón o denominación social: |
| RFC de la organización:  En el caso de la instancia receptora sea del ámbito de la salud, colocar clave CLUES: |
| Dirección de la instancia receptora:  Calle y número:  Colonia:  Alcaldía:  Localidad o municipio:  Estado:  Código Postal: |
| Teléfono fijo (área donde realizará su intervención):  Extensión: |
| Sector al que pertenece:  (  )Público  (  ) Privado  (  ) Social |
| URL: En caso de no tenerlo colocar N/A. |

Los datos proporcionados serán utilizados para la generación de la carta de presentación dirigida a la organización en donde realizará las asignaturas prácticas Estancias y Estadías, según sea el caso. Tome en cuenta que se debe verificar con anticipación que los datos sean correctos y verídicos. Escriba sin faltas de ortografía, no omita información, no deje espacios en blanco. La información vertida en el presente documento será utilizada para elaboración de su carta de presentación, oficio emitido en una sola exhibición (no hay reposiciones).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA A LA QUE SE DIRIGIRÁ LA COMUNICACIÓN Y EMITIRÁ LA CARTA DE PRESENTACIÓN, ASÍ COMO LA CARTA DE TÉRMINO.** | | | | | | | | |
| Nombre completo: | | | | | | | | |
| Grado académico:  ( ) Licenciatura  ( ) Maestría  ( ) Doctorado  ( ) Otro | | | | | Profesión: | | | |
| Cargo que desempeña en la organización. | | | |
| Correo electrónico: | | | | | Área(s) de la institución identificada para aplicar la estrategia de intervención y/o proyecto final: | | | |
| Nombre completo del asesor externo: | | Cargo: | | | | | | |
| Área: | | | | | | |
| Teléfono: | | | | | | |
| Correo electrónico: | | | | | | |
| **DATOS DEL ESTUDIANTE** | | | | | | | | |
| Fotografía reciente a color del estudiante. | Nombre: | | |  | | | | |
| Matrícula: | | |  | | | | |
| Programa educativo: | | |  | | | | |
| Nivel:  Lic. o TSU. | | |  | | | | |
| Semestre que cursa (al que corresponda Lic. o TSU) | Asignatura que cursa: | | | | | | Grupo: | |
| Nombre del docente: | |
| Correo Institucional del estudiante | | | | | Correo personal del estudiante: | | | |
| Teléfono fijo: (10 dígitos) | | | | | Teléfono móvil: (10 dígitos) | | | |
| Domicilio del estudiante:  Calle y Número:  Colonia:  Código Postal: | | | | | | | | Alcaldía/Localidad/municipio: |
| Estado: |
| El estudiante habla alguna lengua indígena:  ( ) No.  ( ) Si. Indique cual (es). | | | El estudiante es una persona que vive con alguna discapacidad:  ( ) No.  ( ) Si. Indique el tipo de discapacidad y grado. | | | | | |
| El estudiante que vive con discapacidad requiere de apoyo funcional, y/o acompañante/cuidador primario:  ( ) No  ( ) Si, indique el apoyo funcional y refiera si requiere de acompañamiento. | | | | | |
| El estudiante trabaja en la institución en la que pretende realizar el proyecto. | | | | | ( ) Si (indicar el tiempo que lleva laborado en la institución)  Tiempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ( ) No | | | |
| Periodo de la Estancia /Estadía  Inicio:  Término: | | | | | | Horario en el que estará colaborando en la instancia receptora: | | |

Nombre y firma de la o el estudiante Nombre y firma de la o el responsable de emitir la carta de presentación y de término

Nota Importante: En caso de haber cambio de personal en la institución de práctica, el estudiante deberá informar a la Universidad Abierta y a Distancia de México en tiempo y forma mediante documento oficial avalado por la instancia receptora y notificará al docente en línea con copia al Responsable del Programa Educativo previo a la revisión de la carta de término.