|  |
| --- |
| **UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA**  **Dirección General de Vinculación y Relaciones Internacionales**  **Facultad de Ciencias de la Nutrición y Gastronomía** |



**FORMATO DE REGISTRO – PRACTICANTES PROFESIONALES**

*Para ser llenado por el Practicante Profesional*

|  |  |
| --- | --- |
| **Datos Personales** | |
| Nombre completo: |  |
| Sexo: | Masculino  Femenino |
| Domicilio: |  |
| Teléfono casa o celular: | , |
| Correo electrónico: |  |
| Fecha de nacimiento: |  |
|  |  |
| **Datos Académicos** | |
| Unidad Académica: |  |
| Carrera: |  |
| No. Cuenta UAS: |  |
| Situación escolar: |  |
|  |  |
| **Datos de contacto en caso de emergencia** | |
| Nombre del contacto: |  |
| Teléfono: |  |
| Correo electrónico: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Perfil Preferente de la Práctica Profesional** | | |
| Giro o actividad económica: |  | |
| Sector: | Público  Privado  Social | |
|  | | |
| **Disponibilidad:** | | |
| Días y horarios: | a       , en horario de       a       hrs. | |
| Realización: | Fecha de inicio:       Fecha de terminación: | |
|  | | |
| **Actividades que te gustaría realizar:** | | |
|  | | |
|  | |  |
| **Señala tus cuatro principales competencias:** | | |
| Iniciativa  Trabajo en equipo  Toma de decisiones  Comunicación  Trabajo bajo presión | | Puntualidad  Dominio segundo idioma:  Nivel:  Manejo de Programas de Cómputo: |
| **Qué esperas de tu práctica profesional:** |  | |