|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **FACULTAD DE INGENIERÍA MECÁNICA ELÉCTRICA**  **MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA INGENIERÍA**  **REGIÓN POZA RICA- TUXPAN**  ***REGISTRO DE RESIDENCIA PROFESIONAL*** | FOTOGRAFÍA  ACTUAL  DIGITAL |

***DATOS DEL ALUMNO***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **APELLIDO PATERNO** | **APELLIDO MATERNO** | | **NOMBRE (S)** | | |
|  |  | |  | | |
| **MATRÍCULA** | **NO. CELULAR** | | **GENERACIÓN** | | **SEMESTRE** |
|  |  | |  | |  |
| **LUGAR DE NACIMIENTO** | **FECHA DE NACIMIENTO** | | **EMAIL** | | **CVU CONAHCYT** |
|  |  | |  | |  |
| **DIRECCIÓN ( Calle y Número)** | | | **COLONIA** | | **CÓDIGO POSTAL** |
|  | | |  | |  |
| **CIUDAD** | | **ESTADO** | **No. DE AFILIACIÓN DEL ISSSTE** | | **FECHA DE ENTREGA DEL FORMATO** |
|  | |  |  | |  |
| **DIRECTOR DE PROYECTO DE INTERVENCIÓN** | | **ASESOR** | | **TUTOR** | |
|  | |  | |  | |
| **NOMBRE DEL PROYECTO** | |  | | | |

***DATOS DE LA EMPRESA O DEPENDENCIA***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DE EMPRESA O DEPENDENCIA** | | | | **ÁREA** | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |
| ***DATOS DEL GERENTE, DIRECTOR O TITULAR*** | | | | | | | | | |
| **NOMBRE** | | | | **CARGO O PUESTO** | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |
| **CALLE Y NÚMERO** | | | | **COLONIA** | | | **CÓDIGO POSTAL** | | |
|  | | | |  | | |  | | |
| **TELÉFONO** | **CIUDAD** | | | **ESTADO** | | **SECTOR** | | | |
|  |  | | |  | | **GOBIERNO** | | **SOCIAL** | **PRIV** |
|  | |  |  |
| **NOMBRE DEL JEFE INMEDIATO** | | | **CARGO/PUESTO** | | | | | **TELÉFONO** | |
|  | | |  | | | | |  | |
| **Email**  **JEFE INMEDIATO** | | **FECHA INICIO** | **FECHA TÉRMINO** | | **DÍAS/HORARIO** | | | **DEPTO.** | |
|  | |  |  | | (Días) | | |  | |
| (Horas) | | |
| **DIRECTOR(A) DE PROYECTO DE INTERVENCIÓN** | | **(NOMBRE)** | | | | | | **(FIRMA)** | |
| **Vo. Bo.**  **COORDINADOR MCI** | | **DRA. CELIA MARIA CALDERÓN RAMÓN** | | | | | | **(FIRMA)** | |
| **ENLACE DE VINCULACIÓN Y EXTENSIÓN DE LOS SERVICIOS** | | **DR. JORGE ALBERTO CHAGOYA RAMÍREZ** | | | | | | **(FIRMA)** | |

*\* La fecha de inicio y término debe ser de 6 meses.*

**Anexar al formato anterior los siguientes documentos:**

1. **Carta de Aceptación** de la Empresa o Dependencia, indicando la fecha de inicio y término, en hoja membretada, firmada y sellada.
2. **Actividades a desarrollar**, en hoja membretada, firmada y sellada.
3. **Cronograma de actividades**, en hoja membretada, firmada y sellada.

**Al finalizar la Residencia Profesional, deberá entregar:**

1. **La Carta de Liberación**, en hoja membretada, firmada y sellada.
2. **Formato de Registro de la Actividad** para que le sea reconocidos los 7 créditos correspondientes.
3. **Encuesta de empleadores de la FIME**.
4. **Reporte de evidencias**