|  |
| --- |
| **UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA**  **Dirección General de Vinculación y Relaciones Internacionales**  **Anote el nombre de su Unidad Académica** |



**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: |  |
| Semestre: |  |
|  |  |
| **Datos de contacto en caso de emergencia** | |
| Nombre del contacto: |  |
| Teléfono: |  |
| Correo electrónico: |  |