|  |
| --- |
|  **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: |       |