REGISTRO DE HORAS PRÁCTICAS PROFESIONALES

NOMBRE: _____
CÓDIGO: _____
LUGAR: _____
RECEPTOR: _____
HORARIO: _____

DIA/ MES/ AÑO	ENTRADA	SALIDA	FIRMA DEL RESPONSABLE

HORAS ACUMULADAS: _____ **FIRMA (Y SELLO) DEL RECEPTOR:** _____

Vo. Bo. TUTOR: _____

Certificado por American Trust Register, S.C.
Número de Certificado ATR2181
Vigencia de Certificación 13-08-2024
Norma de Referencia NMX-CC-9001-IMNC-2015

Certificado por American Trust Register, S.C.
Número de Certificado ATR2182
Vigencia de Certificación 13-08-2024
Norma de Referencia NMX-SAA-14001-IMNC-2015