

Favor de pegar una copia fotostática por ambos lados de la identificación oficial (INE, Pasaporte, Cédula o Cartilla Militar) del padre o tutor del alumno(a) en este espacio



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

**DIRECCIÓN GENERAL
SECRETARÍA ACADÉMICA**



**DEPARTAMENTO DE
OPCIONES TÉCNICAS**

**Permiso para realizar Actividades
Prácticas**

**SR. PADRE DE FAMILIA
PRESENTE.**



SR. PADRE DE FAMILIA O TUTOR

Por este medio hacemos de su conocimiento que el Estudio Técnico Especializado en _____ que cursó su hijo(a) tiene contemplado como requisito de acreditación la realización Actividades Prácticas, por lo que se solicita su autorización para que el antes mencionado, realice las mismas en forma _____, esto considerando el actual semáforo epidemiológico. Cabe mencionar que el alumno(a) podría tener la necesidad de realizar algún tipo de trámite de manera presencial tanto en plantel como en la Institución asignada.

Se le informa que las Actividades Prácticas se realizarán durante el periodo extemporáneo (que comprende del _____), con un total de horas y una duración máxima de 6 horas al día en los turnos matutino o vespertino respectivamente, hasta lograr concluir el número de horas establecido en el programa de estudios. Los alumnos serán asignados, de acuerdo con su solicitud, en dependencias o empresas tanto públicas como privadas, con las que el Colegio tiene convenios previamente establecidos y la asignación se realiza de acuerdo con la disponibilidad de espacios.

Cabe señalar que las Actividades Prácticas **están sujetas al semáforo epidemiológico y que en todo momento será prioridad la seguridad y salud del alumno.** Por lo anterior **solicitamos contar con su consentimiento** para que el alumno

_____ con número de cuenta _____, realice sus actividades prácticas en _____, con Dirección en _____ en dicho periodo.

Por lo anterior, agradeceremos su firma de autorización así como adjunte una copia de su Identificación Oficial Vigente que avale sus datos para ser entregados por su hijo(a) en la coordinación de Opciones Técnicas. En caso de que el alumno sea mayor de edad anexará identificación de responsable o tutor (a), quien será el contacto con la coordinación de Estudios Técnicos Especializados del plantel.

Es importante recalcar que para poder asignar un lugar de Actividades Prácticas es indispensable contar con un seguro médico vigente, mismo que puede ser: Seguro Facultativo (que ofrece la UNAM para sus alumnos), o con el que se provee a través del ISSSTE, IMSS, ya que la normatividad institucional indica que todo alumno(a) que se incorpore a una Institución debe contar con algún tipo de seguro, que garantice servicio y atención médica en caso de necesitarla.

Para tener comunicación directa le compartimos los datos de los responsables del Departamento de Opciones Técnicas: departamento (ot.jefatura@cch.unam.mx) (ot.actividadespracticas@cch.unam.mx).

DATOS GENERALES

Nombre del Alumno: _____

No. de cuenta: _____ Plantel: _____

Estudio Técnico : _____ Grupo : _____

Institución donde realizara actividades practicas:

Dirección: _____

Teléfono: _____ Horario: _____

Nombre del padre, madre o tutor: _____

Teléfono fijo (NO celular) para caso de emergencia: _____ Teléfono celular para caso de emergencia: _____

Nombre y Firma del padre o tutor.

Fecha: _____

