|  |
| --- |
| CON EL FIN DE DAR CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL DICTAMEN ACORDADO EN EL COMITÉ ACADÉMICO DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE TAMAZUNCHALE, EL SUSCRITO: |
| **NOMBRE:** |  | **No. CONTROL:** |  |
| **CARRERA:** |  | **PERIODO:** |  |
| **EMPRESA / INSTITUCIÓN / DEPENDENCIA:** |  |
| **ÁREA DE LA RESIDENCIA:** |  |
| **NOMBRE DEL PROYECTO:** |  |
|  |
|  |
| ME COMPROMETO A LEER Y CUMPLIR LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR EL TECNOLÓGICO NACIONAL DE MÉXICO BAJO LOS CUÁLES SE RIGE LA RESIDENCIA PROFESIONAL Y LLEVARLO A CABO EN EL LUGAR Y PERIODO MANIFESTADO, ASÍ COMO A PARTICIPAR CON MIS CONOCIMIENTOS E INICIATIVA EN LAS ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑE, PROCURANDO DAR UNA IMAGEN POSITIVA DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE TAMAZUNCHALE EN LA EMPRESA, ORGANISMO O DEPENDENCIA OFICIAL.QUEDO ENTERADO (A) QUE SE ESTABLECE QUINCE DÍAS NATURALES COMO TIEMPO MÁXIMO A PARTIR DE LA FECHA EN QUE CONCLUYÓ LAS ACTIVIDADES DE LA RESIDENCIA PROFESIONAL, PARA ENTREGAR EL REPORTE DE RESIDENCIA PROFESIONAL EN FORMATO DIGITAL A LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES Y ESTOY CONCIENTE QUE LA RESIDENCIA PROFESIONAL SE CURSA POR ÚNICA OCASIÓN.ASIMISMO ME COMPROMETO A CUMPLIR EN LAS FECHAS ESTABLECIDAS A REALIZAR LA ENTREGA DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL PROCESO DE LA RESIDENCIA PROFESIONAL, EN LA COORDINACIÓN DE ACTOS PROTOCOLARIOS DE TITULACIÓN Y RESIDENCIAS PROFESIONALES:  |

|  |  |
| --- | --- |
| ACTIVIDAD | FECHA |
| ALTA DE RESIDENCIA PROFESIONAL | 00/00/0000 |
| INICIA EL DESARROLLO DE LA RESIDENCIA PROFESIONAL  | 00/00/0000 |
| PRIMERA ENTREGA DEL FORMATO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE RESIDENCIA PROFESIONAL | 00/00/0000 |
| SEGUNDA ENTREGA DEL FORMATO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE RESIDENCIA PROFESIONAL | 00/00/0000 |
| TERMINA EL DESARROLLO DE LA RESIDENCIA PROFESIONAL  | 00/00/0000 |
| ENTREGA DE REQUISITOS FINALES | DEL 00/00/0000 AL 00/00/0000 |

|  |
| --- |
| **C O N F O R M E** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  |  |  |  |  | ***TAMAZUNCHALE, S.L.P.*** |

 **FIRMA DEL** **ALUMNO (A) DÍA MES AÑO CIUDAD Y ESTADO**