**Referencia:** \_\_\_\_\_\_

**Número de convenio:** \_\_\_\_\_\_

**Fecha de Expedición:** \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Datos del Residente:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre |  | | | |
| Edad |  | Sexo | F ( ) | M ( ) |
| Dirección |  | Teléfono |  | |
| Ciudad |  | Carrera |  | |
| Semestre |  | No. De Control |  | |
| Número de celular |  | Correo electrónico |  | |
| Créditos Acumulados de la Carrera | |  | | |

**Datos de la Empresa:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre |  | | |
| Giro |  | | |
| Domicilio |  | | |
| Ciudad |  | Teléfono: |  |
| Área de Trabajo |  | | |
| Jefe de Área |  | | |
| Correo electrónico del jefe de área |  | | |

**Datos Complementarios:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha de inicio |  | Fecha de Terminación |  |
| Fecha de entrega de la memoria de residencia | |  | |

**Declaraciones:**

Me comprometo a cumplir con esta residencia profesional conforme a lo establecido por el proyecto de residencia, y de acuerdo a los reglamentos y políticas estipuladas por el ITES Los Cabos y la empresa que suscribe.

San José del Cabo, BCS, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del Residente | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma y Sello de la Empresa | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Director General ITES Los Cabos |