**(MEMBRETE DE LA EMPRESA U ORGANISMO)**

**ASUNTO:** Constancia de aceptación

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_

**C. M.D. MARTHA ADELFA AVALOS PUGA**

 JEFE(A) DEL DEPTO. DE GESTIÓN TECNOLÓGIA Y VINCULACIÓN

INSTITUTO TECNOLÓGICO DE CD. VICTORIA

P R E S E N T E.

Por medio del presente me permito comunicarle que en esta organización no tenemos inconveniente en aceptar al (a) **C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** con número de control **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** de la carrera de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** para que desarrolle su **Residencia Profesional**, en un proyecto definido por nosotros con la información alusiva al mismo, mencionada a continuación.

**Nombre del proyecto:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Período de prestación:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del asesor externo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Horario:** Se indicará el período diario de actividades, durante el período.

Por la atención que se sirva prestar a la presente, reciba Usted nuestro agradecimiento anticipado.

**A T E N T A M E N T E**

 **S E L L O**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL RESPONSABLE**

c.c.p.- Coordinación de Carrera.

c.c.p.- Interesado.

**NOTA**: *Este es un formato que se debe transcribir en papel oficial de la empresa ó dependencia donde el alumno (a) realizará sus Residencias Profesionales, firmado y sellado por el responsable de la misma*.