FACULTAD DE QUÍMICA
SECRETARÍA DE APOYO ACADÉMICO
COORDINACIÓN DE ATENCIÓN A ALUMNOS
PROGRAMA DE VISITAS INDUSTRIALES

Visita a: _____ **Fecha:** _____

Nombre del Profesor responsable de la visita:_____

	NOMBRE	CELULAR	E-MAIL	TIPO DE SANGRE	ALERGIAS	EDO. DE SALUD GENERAL	FIRMA	CARRERA
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								