



N. de Oficio

CARTA DE ACEPTACIÓN PRÁCTICAS PROFESIONALES

Nombre: CORONADO ORTIZ GABRIEL ALEJANDRO

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Sexo: Masculino: ☒ Femenino: ☐

Dirección: AV. DE LA AVIACION 4055 PORTAREAL 45116
INT. MILAN 26

Calle y número

Colonia

C.P.

ZAPOPAN JALISCO 33 1092 4655 gaco1198@hotmail.com

Ciudad y Estado

Teléfono

e-mail

Carrera: LICENCIATURA EN GASTRONOMIA

CUATRIMESTRE: OCTAVO **Matrícula:** 100555

Datos de la Empresa:

Nombre: ITALIANNI'S PLAZA GALERIAS

Giro: SERVICIO **Teléfono:** 3336730817, 3336730857

Dirección: RAFAEL SANZIO 150 COL. CAMICHINES VALLARTA

Actividades a Desarrollar:

1ª Atención y Servicio a Comensales

2ª Preparación de alimentos

3ª Preparación de bebidas y coctelería

4ª

5ª Control y cuidado de insumos en cocina

Horario: _____ **Días** L ☐ M ☐ M ☐ J ☐ V ☐ S ☐ D ☐

El prestador de Prácticas Profesionales

Responsable del Programa

JUAN PABLO DE LA TORRE ESPINOZA

Nombre y firma

Lic. Marlen Rivas Melano.