

FORMATO 2

**FICHA DE ACEPTACIÓN DE EXPERIENCIAS FORMATIVAS EN
SITUACIONES REALES DE TRABAJO**

1.- Razón Social de la Empresa :

NOMBRE INSTITUCIÓN/EMPRESA DONDE SE REALIZA LAS EFSRT

2.- Dirección :

DIRECCIÓN DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZA LAS EFSRT

3.- Persona encargada del control de las prácticas :

NOMBRE DE DOCENTE SEFSRT

Vacantes que se otorga para las prácticas (de ser el caso):

Nº de Practicantes	Área académica	Periodo	Horario	Observaciones
01	AREA ACADEMICA DEL ALUMNO DE EFSRT	FECHA INICIO XX/XX/XX FECHA FINAL XX/XX/XX	DIAS HR INI - HR FIN	

4.- La empresa ofrece los siguientes servicios adicionales :

a.- Pago por prácticas :

☐

b.- Movilidad :

☐

c.- Otros :

☐

d.- Solo prácticas :

☒

**FIRMA, SELLO DEL REPRESENTANTE
DE LA EMPRESA**

NOTA :

* EL PRACTICANTE SE COMPROMETE A RESPETAR EL REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO DE LA EMPRESA

* LA EMPRESA SE COMPROMETE A BRINDAR BUEN TRATO Y SEGURIDAD AL PRACTICANTE DURANTE SU APRENDIZAJE