**AUTORIZACIÓN DE PRÁCTICA**

Autorizo a:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre:** | | Nombre del estudiante | | | **Teléfono:** | | | +56 Teléfono |
| **Carrera:** | Carrera | | | | | **Rut:** | Rut | |
| **Correo electrónico institucional:** | | | | Correo electrónico institucional@alu.ucm.cl | | | | |
| **Correo electrónico personal:** | | | Correo electrónico personal | | | | | |

Alumno(a) de la Universidad Católica del Maule, para que inicien su Práctica Profesional de Duración horas, que corresponde al Módulo que cursa en el Semestre° Semestre del año Año en:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Empresa:** | Nombre de la empresa | | | | | **Teléfono:** | | +56 Teléfono |
| **Ubicada en:** | | Calle y número | | | | **Comuna:** | Comuna | |
| **Responsable directo (Nombre):** | | | | | Responsable Directo | | | |
| **Responsable directo (Cargo):** | | | | Cargo del Responsable Directo | | | | |
| **Correo electrónico:** | | | Correo electrónico | | | **Teléfono:** | | +56 Teléfono |

Las principales actividades que deberá realizar son:

|  |  |
| --- | --- |
| **1.-** | Actividad N°1 |
| **2.-** | Actividad N°2 |
| **3.-** | Actividad N°3 |
| **4.-** | Actividad N°4 |
| **5.-** | Actividad N°5 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Desde:** | Desde | | **Hasta:** | Hasta |
| **Cantidad de horas diarias:** | | Horas horas | | |

**Nombre**

**Cargo**

**Empresa**

Mg. Hugo Araya Carrasco

Director de carrera