

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRACTICA**

**(Según lo establecido en el Art. 58,60,64,65 del Reglamento académico del CFT Estatal de la Región de Los Lagos).**

Llanquihue, Junio 2025

SRES. Centro de Formación Técnica Estatal Los Lagos PRESENTE.

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* RUT:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

estudiante de Carrera *Técnico* *Superior en Informática con mención en Ciberseguridad.*

me dirijo a usted para solicitar:

……… PRACTICA INICIAL HORAS



………PRACTICA PROFESIONAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HORAS

La que se desarrolla en Empresa o Institución “Centro de Formación Técnica Estatal Los Lagos” con dirección en Avenida Vicente Pérez Rosales #600, en de la ciudad de Llanquihue.

Quien estará a cargo del Sr/Sra Cristián Rodríguezy que para estos efectos cumplirá además el rol de Supervisor y guía de la Práctica de la estudiante.

Fono contacto Supervisor de práctica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email Supervisor de práctica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La estudiante se desempeñará desde junio del 2025 de manera presencial, hasta cumplir las horas comprometidas.

Saluda a UD.

FIRMA FIRMA FIRMA

ESTUDIANTE EMPLEADOR CORDINACIÓN

El Centro de Formación Técnica Estatal de La Región de Los Lagos, creado por la Ley N°20.910 del 2016 y el DFL N°22 del 2017 del Ministerio de Educación certificamos que, el/la estudiante en referencia por no encontrarse afecto (a) a régimen previsional, durante su Período de Práctica estará acogido al Seguro Escolar de acuerdo a la Ley N°16.744 y D.S 313 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Dirección: Avda. Vicente Pérez Rosales No.529, Llanquihue [www.cftregionloslagos.cl](http://www.cftregionloslagos.cl/)