



Solicitud de Práctica Supervisada

Datos del Solicitante					
Apellidos:					
Nombres:					
DNI:		Legajo:		Fecha de Nacimiento:	
Dirección:					
Localidad:				Provincia:	
Tel. Fijo:				Tel. Celular:	
E-mail:					

Datos de la Organización					
Razón Social:					
Dirección:					
Localidad:				Provincia:	
Tel. Fijo:				Tel. Celular:	
E-mail:					
Persona de contacto:					

Profesional Supervisor (Tutor):	
Cargo del Profesional Supervisor (Tutor)	

Firma y sello del representante de la Entidad / Institución:	
--	--

En caso de accidente de trabajo durante la realización de la PS, el Practicante o la Entidad, deberá dar aviso a la Facultad. La póliza contratada por esta cubrirá al alumno, desde el quinto día hábil del mes siguiente a la aprobación efectuada por el Departamento del Proyecto y durante la realización de la PS, finalizada esta, la Facultad no se hace responsable por cualquier siniestro que pudiese ocurrir.



Solicitud de Práctica Supervisada

Calendario y Horario de PPS

Fecha Inicio y Fin de la Práctica

Inicio:		Finalización:	
---------	--	---------------	--

Días que asiste a la Práctica

<input type="checkbox"/> Lunes	<input type="checkbox"/> Martes	<input type="checkbox"/> Miércoles	<input type="checkbox"/> Jueves	<input type="checkbox"/> Viernes
--------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

Horario de la Práctica

Inicio:		Finalización:	
Total de días Hábiles		Total de hora a realizar:	

Objetivo de la PPS

Declaración Jurada de Responsabilidad

Los datos aquí consignados tienen carácter de Declaración Jurada.
En la ciudad de _____, con fecha _____

Firma del Solicitante	Aclaración	DNI
-----------------------	------------	-----



Solicitud de Práctica Supervisada

DEPARTAMENTO:		
ALUMNO:		
LEGAJO:		DNI:

Entidad / Institución:		
Supervisor (Entidad/Institución)		
Supervisor Docente:		
Inicio de PS:		Fin de PS:
Total de hs:		

En caso de accidente de trabajo durante la realización de la PS, el Practicante o la Entidad, deberá dar aviso a la Facultad. La póliza contratada por esta cubrirá al alumno, desde el quinto día hábil del mes siguiente a la aprobación efectuada por el Departamento del Proyecto y durante la realización de la PS, finalizada esta, la Facultad no se hace responsable por cualquier siniestro que pudiese ocurrir.

AUTORIZA

DIRECTOR DE DEPARTAMENTO: _____
(Firma y Aclaración)