Universidad Tecnológica Nacional
Facultad Regional Córdoba
Secretaría de
Planeamiento Académico

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				
Lunes	**Martes**	**Miércoles**	**Jueves**	**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

Universidad Tecnológica Nacional
Facultad Regional Córdoba
Secretaría de
Planeamiento Académico

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)