



## Solicitud de Práctica Supervisada

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

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

<b>Profesional Supervisor (Tutor):</b>	
<b>Cargo del Profesional Supervisor (Tutor)</b>	

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

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

<b>Calendario y Horario de PPS</b>				
<b>Fecha Inicio y Fin de la Práctica</b>				
<b>Inicio:</b>		<b>Finalización:</b>		
<b>Días que asiste a la Práctica</b>				
<input type="checkbox"/> Lunes	<input type="checkbox"/> Martes	<input type="checkbox"/> Miércoles	<input type="checkbox"/> Jueves	<input type="checkbox"/> Viernes
<b>Horario de la Práctica</b>				
<b>Inicio:</b>		<b>Finalización:</b>		
<b>Total de días Hábiles</b>		<b>Total de hora a realizar:</b>		

<b>Objetivo de la PPS</b>

<b>Declaración Jurada de Responsabilidad</b>		
Los datos aquí consignados tienen carácter de Declaración Jurada. En la ciudad de , con fecha		
Firma del Solicitante	Aclaración	DNI



## Solicitud de Práctica Supervisada

<b>DEPARTAMENTO:</b>			
<b>ALUMNO:</b>			
<b>LEGAJO:</b>		<b>DNI:</b>	

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

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)