



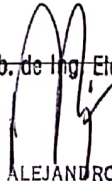
Universidad Tecnológica Nacional
Facultad Regional Córdoba
Secretaría de
Planeamiento Académico

Solicitud de Práctica Supervisada

Datos del Solicitante			
Apellidos:	Salvai		
Nombres:	Luciano Emilio		
DNI:	37195364	Legajo:	60500
		Fecha de Nacimiento:	4/1/93
Dirección:	Av. Colon 4933		
Localidad:	Córdoba	Provincia:	Córdoba
Tel. Fijo:		Tel. Celular:	3543621564
E-mail:	Salvailuciano@gmail.com		

Datos de la Organización			
Razón Social:	LIE Lab de Ing Electron S.R.L		
Dirección:	Sargento Romero 1532		
Localidad:	Córdoba	Provincia:	Córdoba
Tel. Fijo:	3514667312	Tel. Celular:	3512046566
E-mail:	info@liecom.com		
Persona de contacto:	Alejandra Ruiz		

Profesional Supervisor (Tutor):	Ruiz Alejandro
Cargo del Profesional Supervisor (Tutor)	Socio Gerente

Firma y sello del representante de la Entidad / Institución:	<p>L.I.E. Lab. de Ing. Electr. S.R.L.</p>  <p>ING. ALEJANDRO RUIZ SOCIO GERENTE</p>
---	--


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:	8/11/2021	Finalización:	11/02/2021	
Días que asiste a la Práctica				
<input checked="" type="checkbox"/> Lunes	<input checked="" type="checkbox"/> Martes	<input checked="" type="checkbox"/> Miércoles	<input checked="" type="checkbox"/> Jueves	<input checked="" type="checkbox"/> Viernes
Horario de la Práctica				
Inicio:	9:00	Finalización:	13:00	
Total de días Hábiles		Total de hora a realizar:		200

Objetivo de la PPS
Reemplazo y diseño de un Voltmetro y control digital para Transmisores de Radiodifusión, Incluyendo el trabajo de Ingeniería, análisis de costos, etc.

Declaración Jurada de Responsabilidad		
Los datos aquí consignados tienen carácter de Declaración Jurada. En la ciudad de , con fecha .		
	Salvai Luciano	37195364
Firma del Solicitante	Aclaración	DNI



Universidad Tecnológica Nacional
Facultad Regional Córdoba
Secretaría de
Planeamiento Académico

Solicitud de Práctica Supervisada

DEPARTAMENTO:	Electrónica		
ALUMNO:	Salvo Luciana Emilio		
LEGAJO:	60500	DNI:	37195364

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)