|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos del Solicitante** | | | | | | | | |
| Apellidos: | | Salvai | | | | | | |
| Nombres: | | Luciano Emilio | | | | | | |
| DNI: | 37195364 | | Legajo: | 60500 | | Fecha de Nacimiento: | | 4/1/1993 |
| Dirección: | | Av. Colon 4933 | | | | | | |
| Localidad: | | Cordoba | | | Provincia: | | Cordoba | |
| Tel. Fijo: | |  | | | Tel. Celular: | | 3543621564 | |
| E-mail: | | salvailuciano@gmail.com | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datos de la Organización** | | | |
| Razón Social: | 30566535005 | | |
| Dirección: | Av. de Circunvalacion Agustín Tosco 3040 | | |
| Localidad: | Cordoba | Provincia: | Cordoba |
| Tel. Fijo: | 4144600 | 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.** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Calendario y Horario de PPS** | | | | | | | | | | |
| **Fecha Inicio y Fin de la Práctica** | | | | | | | | | | |
| **Inicio:** | | 14/09/2020 | | | | **Finalización:** | | 20/11/2020 | | |
| **Días que asiste a la Práctica** | | | | | | | | | | |
| **Lunes** | **Martes** | | | **Miércoles** | | | **Jueves** | | **Viernes** | |
| **Horario de la Práctica** | | | | | | | | | | |
| **Inicio:** | | 6:00 | | | | **Finalización:** | | 14:48 | | |
| **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 Córdoba, con fecha 14/09/2020 | | |
| Firma del Solicitante | Aclaración | DNI |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTAMENTO:** | Electrónica | | |
| **ALUMNO:** | Salvai Luciano Emilio | | |
| **LEGAJO:** | 60500 | **DNI:** | 37195364 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Entidad / Institución:** | | | |
| **Supervisor (Entidad/Institución)** |  | | |
| **Supervisor Docente:** |  | | |
| **Inicio de PS:** |  | **Fin de PS:** |  |
| **Total de hs:** | 200 | | |

**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)