

Fecha Solicitud: _____

DATOS PASANTE

Nombres:				Apellidos:		
Carrera:		Matrícula:		Cuatrimestre:		
Sector:		Municipio:		Provincia:		
Teléfono:		Celular:		No. cédula:		
Dirección						
E-Mail:						

PLAZA PROPUESTA PARA REALIZAR LA PRÁCTICA PROFESIONAL (PASANTIA)

Empresas /Institución:				RNC:		
Dirección:						
Sector:		Municipio:		Provincia:		
Teléfono:		Ext.:		Fax:		
Naturaleza de la Empresa:						
Encargado/a o Supervisor/a:						
Departamento:						
Correo electrónico:						

Firma de/la Participante

PARA USO EXCLUSIVO DE LA INSTITUCIÓN (UAPA)

Cumple con el requisito académico para inclusión de práctica profesional	Si		No	
En caso de ser no, especificar la razón.				
Revisado por:			Fecha de revisión:	
FUNCIONES A DESEMPEÑAR EN LA PLAZA AUTORIZADA				
Fecha Inicio:			Fecha Término:	
Días:			Horario:	

PRÁCTICA PROFESIONAL (PASANTIA) AUTORIZADA POR:

_____ Firma y Sello Director/a Unidad Pasantía	_____ Firma y Sello Director/a y/o Coord. de Escuela de la UAPA
Fecha de aprobación: _____	