|  |
| --- |
| **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.** |

|  |
| --- |
| **Calendario y Horario de PS** |
| **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 PS** |
|       |

|  |
| --- |
| **Declaración Jurada de Responsabilidad** |
| Los datos aquí consignados tienen carácter de Declaración Jurada.En la ciudad de      , con fecha       |
| Firma del Solicitante | Aclaración | DNI |

|  |  |
| --- | --- |
| **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)