|  |
| --- |
| **DATOS DEL ESTUDIANTE** |
| **Apellidos:** |  | **Nombres:** |  |
| **DNI N° :** |  | **Legajo:** |  |
|  |
| DATOS DE LA EMPRESA |
| Razón Social: |  |
| Tutor de la Entidad: |  |
|  |
| **VALORACIÓN DE LA PRÁCTICA REALIZADA POR EL ESTUDIANTE** |
|  | **Bajo** | **Medio** | **Alto** | **Muy Alto** |
| Predisposición del estudiante durante el desarrollo del título de la Práctica Supervisada. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Desempeño del estudiante con el personal de la Entidad (Personal jerárquico – Empleados – Obreros -) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ¿ Cree que el estudiante tiene los conocimientos adecuados para desarrollar el título de la PS elegida ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ¿El estudiante está apto para integrarse a la actividad laboral de la Especialidad ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |
| **CERTIFICACIÓN DE HORAS** |
| El/La Sr./Sra. , en su carácter de , certifica que el número de horas de “Práctica Supervisada” que el estudiante ha realizado en la Entidad/Institución es . |
|  |
| **SUGERENCIAS/OBSERVACIONES** |
|  |
|  |
| En la ciudad de , a días del mes de de 20 . |
| Firma y sello: |