|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Universidad Tecnológica Nacional****Facultad Regional Córdoba** | SOLICITUD INICIAL DE PSALUMNO / ENTIDAD | **Fecha:** |

### DATOS GENERALES\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### Datos personales del alumno

Apellido:......................................................... DNI Nº:......................................

Nombre/s:...................................................... Legajo nº:...................................

Dirección:....................................................... C.P. :...........................................

 Teléfono:.....................................

Localidad:....................................................... Especialidad:...............................

#### e – mail:...................................................... Fecha de Nacimiento :....................

#### Datos de la Empresa

Razón Social:......................................................................................................

Dirección:........................................................ C.P.:...........................................

Localidad:........................................................Te/Fax:.......................................

e – mail:............................................................................................................

Persona de contacto de la Empresa:....................................................................

|  |
| --- |
| **En caso de accidente de trabajo durante la realización de la PS, el Practicante ó 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.** |

Profesional Supervisor (Tutor): .........................................................................

Cargo del Profesional Supervisor (Tutor): ...........................................................

|  |
| --- |
| **Firma y sello del representante de la Entidad / Institución :**  |