**DEPARTAMENTO: Sistemas de Información ................................................**

**Alumno:**

**Legajo Nº: DNI:**

**Tema de la PS:**

**Entidad/Institución:**

**Supervisor (Entidad / Institución):**

**Supervisor Docente:**

**Inicio de la PS: Fin de la PS:**

**Total de Horas:**

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

# AUTORIZA

DIRECTOR DE DEPARTAMENTO:..............................................................

(Firma y Aclaración)