Prácticas Profesionales PPFAUV2 Xalapa

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMATO PPFAUV2**  **PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL**  **Unidad Receptora donde realizará la Práctica Profesional** | |
| Nombre de la Empresa |  |
| Dirección Física de la Empresa |  |
| Responsable del Programa en la Empresa |  |
| Correo Electrónico de Contacto |  |
| Teléfono |  |
| **Datos del Practicante** | |
| Nombre |  |
| Matrícula |  |
| Correo Electrónico particular |  |
| Teléfono |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES**  *(puede aumentar renglones de así requerirlo. Tachar los espacios que no se utilicen y no olvidar subtotales y total de 180 horas)*  *Rubricar todas y cada una de las hojas de este formato.* | | | | |
| **ACTIVIDAD** | **MES** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **horas** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **TOTAL** | | |  |

|  |
| --- |
| NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA UNIDAD RECEPTORA (ASESOR)  *(En caso de contar con sello incluirlo)* |
| NOMBRE Y FIRMA DEL PRACTICANTE  *-Firmar con tinta azul*  *-No se aceptarán firmas generadas digitalmente*  *-Firmar todas y cada una de las hojas de este formato.* |