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.*  |