Prácticas Profesionales – FAUV Xalapa

REPORTE MENSUAL DE ACTIVIDADES

**REPORTE 01**

|  |
| --- |
| **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 |  |

|  |
| --- |
| **Informe de Actividades**  |
| Actividades Realizadas | Tiempo Empleado | Observaciones |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Firma del Practicante | Nombre y Firma del Jefe de la Unidad Receptora |