INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO ARGOS
SOLICITUD PROGRAMA DE PRÁCTICAS PRE- PROFESIONALES

DATOS DEL ALUMNO		DATOS DE LA EMPRESA	
Apellidos:		Razón Social	
Nombres:		Actividad:	
Área:		Dirección:	
Carrera:		Jefe:	
Créditos:		Cargo Jefe:	
Teléfonos:		Teléfonos:	
Celular:		Fax:	
E-mail:		E-mail:	

DETALLE DE FUNCIONES

Ingreso: Horario:

Cargo desempeñado:

Fecha de presentación:

Firma del Estudiante

Firma de la empresa

PARA SER LLENADO POR EL INSTITUTO

APROBACIÓN: SI NO

Firma del Responsable:

Nombre del Responsable:

Fecha de Aprobación: