REGISTRO DE PROGRAMA PARA SOLICITUD DE PRESTADORES DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

|  |
| --- |
| **UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA**  CUCEI- CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS EXACTAS E INGENIERÍAS  CALENDARIO: **2018/A** DIA:\_\_\_\_ MES:\_\_\_\_\_\_\_\_ AÑO:**2018**  FOLIO DE CONVENIO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FOLIO DEL PROGRAMA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL SOLICITANTE** |
| |  | | --- | | **DEPENDENCIA**: DEPARTAMENTO DE FÍSICA | | **TIPO DE DEPENDENCIA**:  **GIRO**: INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA **SECTOR**: EDUCATIVO | | **DOMICILIO**: BLVD MARCELINO GARCIA BARRAGAN #1421, COL. OLIMPICA, GUADALAJARA | | **TELEFONO**: 13785900 Ext. 27663 | | **TITULAR DEL PROGRAMA** | | **Nombre**: DR. GILBERTO GÓMEZ ROSAS **cargo**: JEFE DE DEPARTAMENTO | | **E-mail**: depfis@cucei.udg.mx **Tel**. 13785900  **Ext**. 27668 | | **RECEPTOR DEL PROGRAMA ( persona del área a donde se recibe al practicante)** | | **Nombre**: **Cargo**: | | **E-mail**: | | **Tel**. **Ext**. | |

|  |
| --- |
| DATOS DEL PROGRAMA |
| |  | | --- | | **Nombre del programa o proyecto**: ( debe llevar nombre de programa)  **EN CASO DE SER MODALIDAD PROYECTO, ESPECIFICAR EL TIEMPO DE DURACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_MESES** | | **Justificación:** | | **objetivos** | | **Área de asignación: (investigación, docencia, servicios, administración, sistemas, etc.)** | |

|  |
| --- |
| ACTIVIDADES |
| Desglose de actividades   * EJEMP. MUESTREO DE ……REALIZAR, RECABAR, ACTUALIZAR…. |

|  |
| --- |
| RECURSOS HUMANOS |
| CARRERA:  TURNO: VESPERTINO ( ) MATUTINO ( ) FLEXIBLE: ( ) DE: HASTA:  No. SOLICITADOS: ( SE PUEDE DEJAR EL PROGRAMA ABIERTO Y SER UTILIZADO TODO EL SEMESTRE) |

|  |
| --- |
| PLAN DE CAPACITACIÓN |
| CAPACITACIONES\FECHAS\COMENTARIOS  ¿CUENTAN CON ALGUNA CAPACITACIÓN PREVIA A LA ASIGNACION DEL ALUMNO? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ¿CUAL? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  FECHA DEL CURSO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ COMENTARIOS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| APOYO ECONÓMICO |
| ¿PROPORCIONA ALGUNA PRESTACION A LOS PRESTADORES DURANTE SU SERVICIO? SI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CUAL:  APOYO ECONÓMICO: \_$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ APOYO CON COMEDOR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TRANSPORTE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TITULAR DEL PROGRAMA  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DR. GILBERTO GÓMEZ ROSAS | SELLO DE LA DEPENDENCIA | RECEPTOR DEL PROGRAMA  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

FAVOR DE FIRMAR, SELLAR Y ENVIAR ESCANEADO EL PROGRAMA