REGISTRO DE PROGRAMA PARA SOLICITUD DE PRESTADORES DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

|  |
| --- |
| **UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA**CUCEI- CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS EXACTAS E INGENIERÍASCALENDARIO: **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