

 <p>Universidad Tecnológica Nacional Facultad Regional Córdoba</p>	<b>SOLICITUD DE PPS POR ENTIDAD/INSTITUCIÓN</b>	<b>Fecha de solicitud:</b>
---	---	--------------------------------

<b>ENTIDAD/INSTITUCIÓN</b>	
<b>Empresa/Institución:</b>	
<b>Responsable:</b>	<b>Cargo:</b>
<b>Te/Fax:</b>	<b>e-mail:</b>

<b>PRÁCTICA OFRECIDA</b>			
<b>Lugar donde se realizan las PPS (dirección):</b>			
<b>Duración:</b>	<b>Período:</b>	<b>Horario:</b> (especificar)	
<b>Funciones a desarrollar por el estudiante/s (detalle sintético):</b>			
<b>¿Ofrece ayuda económica ?</b> <b>Cantidad (\$):</b>	<b>No</b> <b>Si</b>	<b>Número de estudiantes para el puesto indicado:</b>	

<b>PERFIL DEL ESTUDIANTE SOLICITADO</b>	
<b>Carrera (ingeniería):</b>	
<b>Conocimientos en general:</b>	
<b>Experiencia Laboral:</b>	
<b>Idioma/s:</b>	
<b>Sexo:</b> (marcar la opción) Masculino - Femenino – Indistinto -	<b>Otros beneficios:</b>

<b>Firma y sello de la Entidad/Institución:</b>
---

 <p>Universidad Tecnológica Nacional Facultad Regional Córdoba</p>	<p align="center"><b>SOLICITUD INICIAL DE PPS ALUMNO / ENTIDAD</b></p>	<p>Fecha:</p>
---	--	---------------

## **DATOS GENERALES**

### **Datos personales del alumno**

Apellido:..... DNI N°:.....

Nombre/s:..... Legajo n°:.....

Dirección:..... C.P. :.....

Teléfono:.....

Localidad:..... Especialidad:.....

e – mail:..... Fecha de Nacimiento :.....

### **Datos de la Empresa**

Razón Social:.....

Dirección:..... C.P.:.....

Localidad:..... Te/Fax:.....

e – mail:.....

Persona de contacto de la Empresa:.....

**En caso de accidente de trabajo durante la realización de la PPS, el Practicante ó la Entidad, deberá dar aviso a la Facultad. La póliza contratada por esta cubrirá al alumno, desde el quinto día hábil del mes siguiente a la aprobación efectuada por el Departamento del Proyecto y durante la realización de la PPS, finalizada esta, la Facultad no se hace responsable por cualquier siniestro que pudiese ocurrir.**

Profesional Supervisor (Tutor): .....

Cargo del Profesional Supervisor (Tutor): .....

**Firma y sello del representante de la Entidad / Institución :**



 <b>Universidad Tecnológica Nacional</b> <b>Facultad Regional Córdoba</b>	<b>EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO DEL ALUMNO POR LA ENTIDAD</b>	<b>Fecha:</b>
--	---	---------------

ALUMNO/A	
Apellido:	Nombre/s:
Carrera:	DNI: Legajo N°:
ENTIDAD/INSTITUCIÓN	
Entidad/Institución:	E-mail:
Tutor/a de la Entidad/institución:	Teléfono/s:

Valore de 1 a 4 las prácticas realizadas por el estudiante.	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
VALORACIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL REALIZADA POR EL/A ALUMNO/A				
Predisposición del estudiante durante el desarrollo del título de la Práctica Profesional Supervisada.	1	2	3	4
Desempeño del estudiante con el personal de la Entidad (Personal jerárquico – Empleados – Obreros -)	1	2	3	4
¿ Cree que el estudiante tiene los conocimientos adecuados para desarrollar el título de la PPS elegida ?	1	2	3	4
¿El estudiante está apto para integrarse a la actividad laboral de la Especialidad ?	1	2	3	4

CERTIFICACIÓN DE HORAS
------------------------

El/La Sr./Sra. \_\_\_\_\_, en su carácter de \_\_\_\_\_, certifica que el número de horas de "Prácticas Profesionales Supervisadas" que el estudiante ha realizado en la Entidad/institución es \_\_\_\_\_.

SUGERENCIAS/OBSERVACIONES

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_\_\_\_.

Firma y sello:

 Universidad Tecnológica Nacional Facultad Regional Córdoba	<b>SEGUIMIENTO DE PPS ENTIDAD</b>	Fecha:
--	---------------------------------------	--------

**PLANILLA DE SEGUIMIENTO DE PPS**

<b>Alumno : .....</b>		<b>DNI : .....</b>		<b>Legajo N° : .....</b>	
<b>Especialidad : .....</b>		<b>Entidad/Institución : .....</b>			
<b>Supervisor (Entidad / Institución) : .....</b>					
<b>Título de la PPS : .....</b>					

Fecha	Tarea Desarrollada	Cantidad de horas	Visado

**Firma del Responsable : ..... Aclaración : .....**

 <p>Universidad Tecnológica Nacional Facultad Regional Córdoba</p>	<p align="center"><b>FICHA AUTORIZACION PPS</b> <b>DEPARTAMENTO</b></p>	<p>Fecha:</p>
---	---	---------------

DEPARTAMENTO:.....

Alumno:.....

Legajo Nº:..... DNI:.....

Tema de la PPS:.....

.....

.....

Entidad/Institución:.....

Supervisor (Entidad/Institución):.....

Supervisor de UTN – FRC :.....

Inicio de la PPS:..... Fin de la PPS:.....

Total de Horas:.....

**En caso de accidente de trabajo durante la realización de la PPS, el Practicante ó la Entidad, deberá dar aviso a la Facultad. La póliza contratada por esta cubrirá al alumno, desde el quinto día hábil del mes siguiente a la aprobación efectuada por el Departamento del Proyecto y durante la realización de la PPS, finalizada esta, la Facultad no se hace responsable por cualquier siniestro que pudiese ocurrir.**

### **AUTORIZA**

DIRECTOR DE DEPARTAMENTO: .....

(Firma y Aclaración)

 Universidad Tecnológica Nacional Facultad Regional Córdoba	<b><u>FICHA INSCRIPCIÓN PPS</u></b> <b>SECRETARÍA ACADÉMICA</b>	Fecha:
--	--	--------

**A**  
**SR. JEFE DE BEDELES: ELOY RODRIGUEZ**

**AUTORIZO LA INSCRIPCIÓN A PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA A:**

**Alumno :** .....

**Legajo Nº :** .....

**DNI :** .....

**Especialidad:** .....

**AUTORIZA**

Secretario Académico: .....  
 (Firma y Aclaración)