**SOLICITUD DE PRACTICANTES**

**Curso lectivo 2025**

Fecha de la solicitud: Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la Empresa/institución |  |
| Actividad a la que se dedica |  |
| Teléfonos |  | Correo electrónico |  |
| Dirección*:* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *Nombre y apellidos**(Persona que autoriza en la empresa)* |  | *Puesto que desempeña* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Especialidad | Anote el número de estudiante(s) requerido por especialidad | Nombre del estudiante (s) asignado (s)  |
| **Área Comercial y de Servicios** |  |  |
| Accounting |  |  |
| Contabilidad y Finanzas  |  |  |
| Bilingual Secretary |  |  |
| Desarrollo Web |  |  |
| **Área Industrial** |  |  |
| Dibujo y Modelado de Edificaciones |  |  |
| Electrónica Industrial |  |  |
| Electrónica en Telecomunicaciones |  |  |
| Mantenimiento Industrial |  |  |
| Mecánica de Precisión |  |  |
| Reparación de Sistemas de Vehículos Livianos (Automotriz) |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **La empresa requiere:** | **Comentarios** |
| [ ]  | Entrevista |  |
| [ ]  | Pruebas de selección |
| [ ]  | Otros: *especifique*   |

**Práctica Profesional**

|  |
| --- |
| **Tipo de práctica**: [ ]  Continua [ ]  Fraccionada [ ]  Telepráctica  |
| Días que realizará la práctica: [ ]  Lunes [ ]  Martes [ ]  Miércoles [ ]  Jueves [ ]  Viernes [ ]  Sábado [ ]  Domingo |
| Cantidad de horas por día: [ ]  8 horas diarias [ ]  Otro:  |

Periodo oficial MEP para el inicio de práctica: [ ]  06/10/2025 al 28/11/2025 [ ]  Otra:

(El cálculo de las **320 horas** mínimo, se realiza: 8 semanas promedio, con 8 horas diarias para 40 horas semanales de lunes a viernes; no se contemplan horas extras, feriados ni fines de semana; con excepción de las prácticas fraccionadas, para lo cual se enviará bitácora control de horas práctica en formato Excel).

*La empresa no está obligada a brindar ningún tipo de subvención económica o de otro tipo, en caso de brindarlo, es un apoyo social que puede ofrecer al Pasante sin compromiso alguno.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Ninguno | [ ] Transporte | [ ]  Gratificación económica | ***Representante de la empresa****(sello y firma, en caso de enviar en físico)* |
| [ ]  Uniforme | [ ]  Alimentación | [ ] Posibilidad de empleo | *Nombre:*  | *Firma:*  |

Observaciones:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |