**FORMATO SOLICITUD DE PRACTICA O PASANTÍA EN EL EXTERIOR**

**LA UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER OCAÑA** en virtud del convenio**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** suscrito con la Universidad de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,** el día\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; presenta al estudiante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN GENERAL** |
| **NOMBRE DEL SOLICITANTE:**  | **APELLIDOS:**  |
| **DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:** | **CÓDIGO:** | **DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:** |
| **CIUDAD:**  | **TELÉFONO FIJO:**  | **TELÉFONO MÓVIL:** |
| **E- MAIL:**  | **INFORMACIÓN DE CONTACTO (FAMILIAR):** | **TELÉFONO FIJO:**  |
| **TELÉFONO MÓVIL:** | **FACULTAD:**  | **PROGRAMA ACADÉMICO:**  |
| **ACTA DE APROBACIÓN DE LA ACTIVIDAD:** | **FECHA ESTANCIA/ITINERARIO:** |
| **INFORMACIÓN INSTITUTO DE DESTINO** |
| **NOMBRE:**  | **DEPENDENCIA:**  | **DIRECCIÓN:**  |
| **CIUDAD/PAÍS:**  | **INFORMACIÓN DE CONTACTO (DESTINO):** | **TELÉFONO FIJO:** |
| **TELÉFONO MÓVIL:** | **DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:** | **CIUDAD:**  |

El estudiante, manifiesta su conformidad para desarrollar**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** su pleno conocimiento de las condiciones, requisitos y procedimientos para realizar la actividad establecida en el mencionado convenio. de igual manera el compromiso de cumplir con los deberes y obligaciones contenidos en los estatutos de las instituciones de origen y destino.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Coordinador designado por la UFPSO:** | **Supervisor designado por la Institución de Destino:** | **Cargo:** |
| **Lugar de desarrollo de la Asignatura Práctica Profesional y/o Empresarial:** | **Horario del estudiante:** | **Síntesis del Plan de trabajo:** | **Apoyo económico mensual al estudio (En Caso de existir)** |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Nombre de coordinador UFPSO) (Nombre de Supervisor Institución de destino)**

**COORDINADOR SUPERVISOR UFPSO UNIVERSIDAD DE FECHA: FECHA:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Nombre decano de Facultad correspondiente) (Nombre de estudiante)**

**DECANO ESTUDIANTE**

**FACULTAD DE CÓDIGO**

**FECHA: FECHA:**