

INSCRIPCIÓN PRÁCTICA SUPERVISADA DOCENTE

LICENCIATURA EN DOCENCIA

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre Completo: _____

No. de cédula / Residencia: _____

Teléfono de habitación: _____

Teléfono celular: _____ Otros: _____

Correo electrónico: _____

REQUISITO DE GRADUACIÓN INSCRITO

- Proyecto de graduación
- Práctica supervisada académica
- Práctica docente supervisada (individual)

El requisito lo ejecutaré en forma:

- Individual
- Grupal conformado por:

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____

Firma del Estudiante

No. de Cédula

VB Director de Carrera

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ADMINISTRACIÓN

Nombre del supervisor: _____

Teléfono de habitación: _____

Fecha de inicio del requisito: ____ / ____ / ____
(día / mes / año)

Teléfono celular: _____

Teléfono de oficina: _____