



Universidad Tecnológica Nacional  
Facultad Regional Concepción del Uruguay



Licenciatura en  
Organización  
Industrial

## SOLICITUD INICIAL PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

Fecha:	/	/	/
--------	---	---	---

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO			
Apellido y Nombre del Alumno:			
Dirección:		Localidad:	
DNI:		Legajo UTN Nº:	
Teléfono:		E-mail:	

DATOS DE LA PS			
Temática propuesta:			
Dirección:		Localidad:	
Plazo (desde-hasta):		Días y horarios:	

DATOS DE LA EMPRESA/ENTIDAD			
Razón Social:			
CUIT:		Código Postal:	
Dirección:		Localidad:	
Teléfono:		E-mail:	
Rubro:			

Contacto en la empresa			
Apellido y Nombre:			
Cargo:		E-mail:	

Persona de la empresa que firmará el convenio de PS			
Apellido y Nombre:		DNI:	
Cargo:		E-mail:	

Supervisor de la PS en la empresa			
Apellido y Nombre:		DNI:	

DATOS DEL DOCENTE SUPERVISOR			
Apellido y Nombre:		DNI:	

.....  
Firma del Alumno

.....  
Aprobado por el Director de LOI