



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 ESCUELA DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL DEPORTE –ECTAFIDE-

FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRÁCTICA

Marque el tipo de prácticas que realizará:

EDC PDS EPS

Nombres: _____ Apellidos: _____

Carné: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Celular: _____ Teléfono: _____

Fecha y lugar de nacimiento: _____

Correo electrónico: _____

Tema de la práctica: _____

Lugar de la práctica: _____

Horario y días de la práctica: _____

Teléfono del lugar de la práctica: _____

Persona responsable del lugar de la práctica: _____

Firma: _____

EXCLUSIVO PARA LA SUBCOORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Superviso: _____

Asesor Técnico: _____

Asesor Metodológico: _____

Fecha de entrega de protocolo: _____

Inicio de la práctica: _____

Fin de la práctica: _____

(Debe ser llenado a mano o por computador y debidamente firmado por el estudiante, posteriormente enviarlo al correo ectafideicaf20@gmail.com o cruz.nohemi@usac.edu.gt)