

CONVENIO ESPECÍFICO DE PRÁCTICA CLÍNICA

DATOS DEL EDUCANDO

No. DE MATRÍCULA:
NOMBRE:
DOMICILIO PARTICULAR:

No. PÓLIZA DEL SEGURO:
No. AFILIACIÓN AL IMSS:

CARRERA: Terapia Física Área Rehabilitación

GRUPO:

TEL:
GENERACIÓN:

DATOS DE LA UNIVERSIDAD

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Universidad Tecnológica del Suroeste de Guanajuato

DOMICILIO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA: Carretera Valle-Huanímaro Km 1.2 Valle de Santiago, Gto. C.P. 38400

TELÉFONO: 4566436265 ext. 126

DATOS DE LA SEDE DEL SECTOR SALUD

NOMBRE DE LA SEDE

ÁREA O DEPTO.:

RAZÓN SOCIAL:

DOMICILIO:

CIUDAD:

C.P. :

TEL:

E:MAIL

TAMAÑO DE LA SEDE:

MICRO

MEDIANA

GRANDE

DATOS DE DIRECTOR (ES) DE REPORTE DE PRÁCTICA CLÍNICA

NOMBRE(ES):

PUESTO:

DATOS DEL ASESOR(A) DE LA SEDE

NOMBRE:

PUESTO:

NOMBRE DEL COORDINADOR (A) / DIRECTOR (A) GENERAL:

DATOS DEL REPORTE

NOMBRE:

OBJETIVO:

ACTIVIDADES QUE DESARROLLARÁ EL EDUCANDO:

ÁREA O DEPTO. DONDE SE DESARROLLARÁ LAS PRÁCTICAS:

PERIODO DE PRÁCTICAS

FECHA DE INICIO:

FECHA DE TERMINACIÓN:

APOYO

Alimenticio ()

Transportación ()

Económico ()

MONTO DEL APOYO ECONÓMICO

(\$ _____)

Las partes acuerdan acatar las cláusulas contenidas al reverso del presente para cumplimiento del programa. Leído y aceptado el presente instrumento firman de conformidad en la ciudad de _____ el día ____ de _____ de _____.

Representante de la Institución

Representante de la empresa

Director(a) / Encargado(a) de carrera

Director (es) de reporte de práctica clínica

Asesor(a) de práctica clínica externa

Nombre y Firma del Educando