

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ
Coordinación de Práctica

REGISTRO DE VISITAS A LAS AGENCIAS DE PRÁCTICA

Facultad: _____ **Nombre del Coordinador:** _____

Nombre del Asesor: _____ **Firma del Asesor:** _____

Año: _____ **Semestre 01** **Semestre 02**

Página No. ____

| Agencia, dirección y teléfono | Cooperador y teléfono | Nombre de los alumnos en la Agencia | Primera Visita | | Segunda Visita | |
|-------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|----------------------|-----------------------------------|----------------------|-----------------------------------|
| | | | Fecha | Firma del alumno o del cooperador | Fecha | Firma del alumno o del cooperador |
| | | | Vr. Transporte \$ | | Vr. Transporte \$ | |
| | | | Fecha | | Fecha | |
| | | | Vr. Transporte \$ | | Vr. Transporte \$ | |
| | | | Fecha | | Fecha | |
| | | | Vr. Transporte \$ | | Vr. Transporte \$ | |

Vo. Bo. del Coordinador o Decano: _____