LICENCIATURA EN RELACIONES LABORALES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Día** | **Mes** | **Año** |
|  |  |  |

 ACREDITACIÓN DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

|  |
| --- |
| **Formulario de información y contacto a completar, de****práctica profesional.** |
| **Nombres:** |  |
| **Apellidos:** |  |
| **C.I.:** |  |
| **Semestre que se****encuentra cursando de la****Lic. en RRLL:** |  |
| **Teléfono de contacto:** |  |
| **Celular:** |  |
| **E-mail:** |  |
| **Nombre de la empresa o****institución donde se desempeñó la práctica****profesional:** |  |
| **Cargo desempeñado:** |  |
| **Dirección:** |  |
| **Teléfono de contacto:** |  |
| **Nombre del jefe o****superior directo:** |  |

Firma del estudiante