

APROBACIÓN DEL REPORTE FINAL DE ESTADÍA (PRÁCTICA CLÍNICA EXTERNA)

Jefe(a) del Departamento de Servicios Escolares:

Se autoriza al estudiante _____

Matrícula _____ Grupo _____ Generación _____

Carrera de Licenciatura en Terapia Física

Con la memoria de estadía: _____

A guardar en un archivo electrónico en formato PDF, el Reporte Final de Estadía (Práctica Clínica Externa). Una vez hecha la revisión se considera el reporte Relevante por lo que se autoriza comenzar con su Servicio Social Profesional cumpliendo con los demás requisitos solicitados.

Sede: _____

Autorizan los sinodales:

Director (a)
de Carrera

Grado académico, nombre completo y firma

Director(a) de Reporte
de Estadía

Grado académico, nombre completo y firma

Codirector (a) de Reporte
de Estadía

Grado académico, nombre completo y firma

Suplente

Grado académico, nombre completo y firma

SELLO DE ACEPTADO
POR SERVICIOS
ESCOLARES

Firma de estudiante

NOTA: Este formato deberá entregarse antes de la fecha de inicio del Servicio Social Profesional al Departamento de Servicios Escolares, de lo contrario no tendrá permitido salir a la sede aún cuando ya esté asignada la Plaza.

Confirmación de no adeudos de inscripción cuatrimestral y/o otros conceptos en el área de Caja UTSOE <p style="text-align: center;">Sello</p>	_____
	Nombre Completo

	Firma

Entrega de Reporte de Estadía (Práctica Clínica Externa) en archivo electrónico al Centro de Información y Consulta <p style="text-align: center;">Sello</p>	_____
	Nombre Completo

	Firma

Firma de recepción de Reporte de Estadía (Práctica Clínica Externa) en archivo electrónico en formato PDF, por área

Área	Sello del área	Firma y fecha del área
Codirector (a) de Reporte de Estadía (Práctica Clínica Externa)	<p style="text-align: center;">Sello en caso de que aplique</p>	_____
		Nombre completo

		Firma
Dirección de Carrera	<p style="text-align: center;">Sello de Licenciatura</p>	_____
		Nombre completo

		Firma

Firma de recepción del REESC58 y Registro en Seguimiento a Pasantes.

Área	Sello del Área	Firma y Fecha del área
Dirección de Vinculación	<p style="text-align: center;">Sello de Vinculación</p>	_____
		Nombre completos

		Firma

C.c.p. Departamento de Servicios Escolares (Original por ambos lados, expediente del alumno).
 Dirección de Carrera (original por ambos lados).
 Dirección de Vinculación (original por ambos lados).