



Universidad Pedagógica Nacional

Unidad 112

Celaya, Gto.

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA

FORMATO PARA REGISTRAR PROGRAMAS DE PRÁCTICAS PROFESIONALES (CAE-PPP01)

NOMBRE DEL PROGRAMA EDUCATIVO: _____

I. INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Institución u organismo social:

Nombre del director de la institución

Domicilio:

C,P.

Delegación o municipio:

Entidad Federativa:

Teléfono:

Fax:

E-mail:

II. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE

Responsable del programa:

Cargo:

Área o departamento:

III. INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

Nombre

Descripción:
Objetivos:
Impacto social y metas:
Vigencia del programa:

IV. ACTIVIDADES POR CARRERA SOLICITADA	No. de prestadores
Psicología Educativa	
Pedagogía	
Intervención Educativa	

V. LUGAR DE REALIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES	
Ubicación:	
☐ Cubículo	☐ Trabajo de campo
☐ Aula	☐ Albergue
☐ Oficina de atención al publico	☐ Otro, especifique _____

VI. APOYO AL PRESTADOR	
Ubicación	
☐ Asesoría de tesis	☐ Comedor y/o viáticos
☐ Impresión de tesis	☐ Biblioteca
☐ Cursos complementarios y actualización	☐ Apoyo económico Monto total \$

 NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE
 DEL PROGRAMA DE PRÁCTICAS PROFESIONALES
 Y SELLO DE LA INSTITUCIÓN