

AUTORIZACIÓN CONVALIDACIÓN PRÁCTICA PROFESIONAL

Coordinación de Prácticas

Autorizamos al(la) estudiante inscribir como Convalidación de Práctica Profesional el vínculo laboral vigente que mantiene con nosotros. Nos comprometemos a colaborar en el proceso de evaluación de las funciones que desarrolla actualmente como trabajador, según Pautas y requerimientos del Instituto Profesional Los Leones.

AUTORIZAMOS A: (Nombre Completo del estudiante)			
El estudiante	e será evaluado por	:	
SEÑOR(A)	:		
CARGO	:		
CORREO	:		
FECHA		FIRMA	TIMBRE
		(impreso o digital)	(impreso o digital)