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.

NOMBRE DE LA EMPRESA:

_____

AUTORIZAMOS A: (Nombre Completo del estudiante)

_____

DE LA CARRERA:

_____

El estudiante será evaluado por:

SEÑOR(A) : _____

CARGO : _____

CORREO : _____

FECHA	**FIRMA** (impreso o digital)	**TIMBRE** (impreso o digital)

IMPORTANTE:

Solicitamos remitir esta autorización a la brevedad posible a través del estudiante en práctica, a Coordinación de Prácticas de IPLL.