



Oficina de Ministerios Estudiantiles

Programa de Internado

**Autorización del participante
(Cumplimentado por el supervisor de práctica)**

Curso: ___EC-404 ___IB-404 ___MIN-404

Año y periodo académico: _____ Modalidad: ___Online ___Presencial

Nombre del estudiante _____ # - _____

Supervisor inmediato _____ Teléfono _____

Correo electrónico _____

Lugar de Práctica _____

Día _____ Horario _____

Certifico que he acordado con el estudiante admitirlo para realizar su práctica bajo mi supervisión y he recibido la información y documentos relacionados a dicho proceso.

Firma del/la supervisor/a _____ Fecha _____

Firma del/la practicante _____ Fecha _____

Firma del/la directora/a _____ Fecha _____