**FICHA PARA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE PRÁCTICA II A DISTANCIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **ANTECEDENTES DEL ESTUDIANTE** | |
| Nombre completo |  |
| Año de ingreso a la carrera |  |
| Celular de contacto |  |
| Correo electrónico |  |
|  | |
| **ANTECEDENTES DE LA ACTIVIDAD EQUIVALENTE** | |
| Fecha de presentación de la ficha |  |
| Dirección de la zona donde realizará la actividad |  |
| Nombre del tema o actividad propuesta |  |
| Descripción detallada de la actividad (700 a 1000 palabras) |  |
| Objetivos que se plantea el estudiante con la actividad (al menos 3, máximo 100 palabras) |  |
| Compromisos adquiridos | * Defensa del portafolio vía zoom a final de semestre, para lo cual me contactaré con la profesora Verónica Díaz a inicios del mes de diciembre de 2021. * 100% de asistencia al horario de cátedra y cumplir con todas las evaluaciones correspondientes. Justificar por vía formal en caso de ausencia. * Cumplir con normas sanitarias sobre higiene y seguridad como: Uso obligatorio y correcto de mascarilla, Lavado de manos constante, Sanitización de Herramientas y Materiales y todos los que el Protocolo Oficial determine. |

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del estudiante

**INFORMACIÓN REQUERIDA PARA SEGURO ESCOLAR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre Completo |  | | | | | | | RUT |  |
| Fecha de nacimiento |  | | | | | | | Edad |  |
| Dirección Completa |  | | | | | | | Fono casa |  |
| Correo electrónico |  | | | | | | | Celular |  |
|  |  | | | |  | | |  |  |
| Datos de contacto en caso de accidente | | | | | | | | | |
| Nombre Contacto |  | | | | | | | Fono casa |  |
| Correo electrónico |  | | | | | | | Celular |  |
|  | | | | | | | | | |
| Lugar donde realizará las actividades Prácticas | | | |  | | | | | |
| Dirección | | |  | | | | | | |
| Nombre coordinador o responsable | | |  | | | | Cargo | |  |
| Correo electrónico | | |  | | | | Teléfono | |  |
| Patologías o situaciones especiales: | | | | | | | | | |
| Fecha de inicio | |  | | | | Fecha de Término |  | | |

Autorización

Coordinador de Práctica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_