**PLAN DE PRÁCTICA PROFESIONAL**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA**

1. **IDENTIFICACIÓN PRACTICANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre** | *Indicar nombre completo de la persona que realiza la práctica* |
| **Dirección** | *Indicar domicilio particular: calle, número, casa o depto., comuna* |
| **Teléfono** | *Indicar número de contacto habitual* |
| **Email** | *Indicar correo electrónico habitual* |

1. **IDENTIFICACIÓN CENTRO DE PRÁCTICA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre Institución** | *Indicar nombre centro de práctica* |
| **Nombre responsable institucional** | *Indicar nombre director/a institución o quien corresponda* |
| **Dirección** | *Indicar domicilio particular: calle, número, casa o depto., comuna, región* |
| **Teléfono** | *Indicar número de contacto centro de práctica* |
| **Email** | *Indicar correo electrónico centro de práctica* |

1. **PERIODO Y RÉGIMEN PRÁCTICA PROFESIONAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Periodo** | *Indicar el periodo de tiempo en meses en los que se realizará la práctica profesional* |
| **Fecha de inicio** | *Indicar fecha en la que se inicia el trabajo del/la practicante* |
| **Fecha de término** | *Indicar fecha en la que se finalizará el trabajo del/la practicante* |
| **Horas práctica** | *Indicar las horas que contempla la práctica profesional durante el periodo indicado* |
| **Jornada** | *Indicar la jornada y las horas semanales de la práctica profesional: Jornada completa 40 hrs. - ¾ de jornada 30 hrs. - ½ jornada 22 hrs.* |

1. **SUPERVISIÓN PRÁCTICA PROFESIONAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Docente responsable Seminario de Práctica** | *Indicar nombre del o la docente encargada del Seminario de Práctica inscrito* |
| **Teléfono** | *Indicar número de contacto del o la docente encargada del Seminario de Práctica inscrito (opcional)* |
| **Email** | *Indicar correo electrónico del o la docente encargada del Seminario de Práctica inscrito* |
| **Área de la psicología** | *Indicar nombre de la línea de desarrollo a la que se adscribe la práctica profesional* |
| **Supervisor/a en terreno** | *Indicar nombre de la persona que realiza la supervisión en el centro de práctica* |
| **Profesión supervisor/a en terreno** | *Indicar profesión de la persona que realiza la supervisión en el centro de práctica* |
| **Teléfono** | *Indicar número de contacto supervisor/a en terreno* |
| **Email** | *Indicar correo electrónico supervisor/a en terreno* |

1. **ÁMBITO EN EL QUE SE ENMARCA LA PRÁCTICA PROFESIONAL**

|  |
| --- |
| *Indicar si las actividades de la práctica corresponden a labores asociadas a intervención, investigación, docente o la que corresponda* |

1. **OBJETIVOS DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL PARA EL CENTRO DE PRÁCTICA**

|  |
| --- |
| *Indicar los objetivos que la institución espera que se desarrollen durante el proceso de práctica profesional, acorde a la jornada de trabajo, al ámbito en el que se enmarca la labor y las funciones que se espera realice el o la practicante, considerando aspectos teóricos y habilidades profesionales.* |

1. **OBJETIVOS DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL PARA EL LICENCIADO O LICENCIADA**

|  |
| --- |
| *Indicar los objetivos de la práctica profesional referente a aprendizajes teóricos y habilidades profesionales que la o el practicante espera desarrollar en este centro de práctica* |

**VIII. FUNCIONES Y ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLARÁN DURANTE LA PRÁCTICA PROFESIONAL**

|  |
| --- |
| *Indicar las funciones que la institución espera que realice el o la practicante, y las principales actividades asociadas a labor en el centro de práctica, señalando la metodología asociada, público objetivo y fechas previstas.* |

**IX. OBSERVACIONES**

|  |
| --- |
| *Indicar cualquier elemento no considerado en los apartados anteriores que sea fundamental para el desarrollo de la práctica profesional en esta institución.* |

**NOTA: Toda modificación a este plan debe ser propuesta de común acuerdo entre Profesor/a responsable del Seminario de Práctica, Supervisor/a en terreno y Licenciado en Práctica, y debe ser comunicada de inmediato a la Coordinación de Prácticas Profesionales de Prácticas Profesionales.**

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Nombre y Firma** **Supervisor/a en terreno** | **Nombre y Firma** **Docente Seminario de práctica** |

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Nombre y Firma** **Licenciado/a en Psicología** |

**Fecha de entrega del Plan de Práctica:**