



SOLICITUD DE VISITA

UNIDAD ACADEMICA: _____	FECHA DE ENTRADA: _____
CARRERA: _____	CURSO: _____
PROFESOR: _____	ATP: _____
ESPACIO CURRICULAR / MODULO: _____	

<u>DATOS DE LA EMPRESA / INSTIUCION / ORGANIZACION</u>	
NOMBRE ó RAZÓN SOCIAL: _____	
RUBRO: _____	
DIRECCIÓN: _____	
LOCALIDAD: _____	DEPARTAMENTO: _____
NOMBRE DEL RESPONSABLE: _____	D.N.I.: _____
CARGO QUE DESEMPEÑA: _____	
Nº DE TE: _____	E-MAIL: _____

<u>DATOS DE LA VISITA</u>	
FECHA: _____	HORARIOS: _____
OBJETIVOS: _____	

<u>DOCENTES QUE ACOMPAÑAN:</u>	
NOMBRE : _____	DNI: _____
NOMBRE : _____	DNI: _____
NOMBRE : _____	DNI: _____

FIRMA Y ACLARACIÓN PROFESOR

FIRMA Y ACLARACIÓN COORDINADOR

Nota: Esta solicitud de salida implica el conocimiento por parte de los estudiantes y de los docentes de las disposiciones vigentes y de la obligatoriedad de cumplimiento de las normas de bioseguridad (uso de tapabocas, alcohol en gel para higiene personal y cumplimiento del distanciamiento social).