**PLAN DE PRÁCTICA DE INVESTIGACIÓN Y/O EXTENSIÓN DE GRADO**

|  |
| --- |
| **TIPO DE PRÁCTICA** (Marcar con una X) |
| **INVESTIGACIÓN** |   | **EXTENSIÓN** |   |
| **NUEVA** |   | **RENOVACIÓN**(1) |   |

(1) Si solicita renovación complete también el inciso 8. JUSTIFICACIÓN DEL PEDIDO DE RENOVACIÓN

|  |
| --- |
| 1. **DATOS PERSONALES**
 |
| **Apellido y Nombres:**  | **DNI:**  |
| **Carrera de Grado:**  | **Porcentaje de hs. aprobadas del plan(2):**  |
| **Fecha de Nacimiento: / /**  |
| **Domicilio Particular:**  | **Localidad:**  |
| **Provincia:**  | **País:**  | **CP:**  |
| **Correo Electrónico:**  | **TE:**  |
| 1. **LUGAR DE TRABAJO**
 |
| **Facultad:**  |
| **Departamento/Secretaría:**  |
| **Laboratorio/Oficina:**  |
| **Correo Electrónico:**  | **TE:**  |
| 1. **TUTOR DE LA PRÁCTICA**
 |
| **Apellido y Nombres:**  | **DNI:**  |
| **Correo Electrónico:**  | **TE:**  |
| **Cargo:**  |
| **Facultad:**  |
| **Departamento/Secretaría:**  |
| 1. **COTUTOR DE LA PRÁCTICA**
 |
| **Apellido y Nombres:**  | **DNI:**  |
| **Correo Electrónico:**  | **TE:**  |
| **Cargo:**  |
| **Facultad:**  |
| **Departamento/Secretaría:**  |
| 1. **PERSONAL A CARGO DEL TUTOR Y/O COTUTOR (3)**
 |
| **Apellido y Nombres** | **Tipo** | **Laboratorio / Oficina** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

(2) Adjuntar rendimiento académico expedido por el Sistema Integral de Alumnos (SIAL)

(3) D**etalle de la nómina de recursos humanos (auxiliares, docentes, tesistas de grado, tesistas de postgrado, becarios de grado y becarios de postgrado, practicantes) a cargo al momento de la solicitud o renovación de la práctica**

|  |
| --- |
| 1. **FIRMAS ORIGINALES**
 |
| **PRESENTACION DE LA PRÁCTICA(4)** |
|  ------------------------------------------ -------------------------------------------------------  **Lugar y Fecha Firma del Postulante**(4) Por medio de la presente declaro conocer la Resolución CD 229/2013, que regulan las Prácticas, como así también el Plan de Protección para Actividades de Investigación y/o Servicios de la Facultad de Ciencias Exactas, Físico-Químicas y Naturales (Res. CD 074/2013 Rev. 3) de la Universidad Nacional de Rio Cuarto  |
| **AVAL DEL TUTOR (5)** |
|  ------------------------------------------ -------------------------------------------------------  **Lugar y Fecha Firma del Tutor**(5) El Tutor deberá adjuntar a la presentación el Anexo 1 del Plan de Protección al cual se incorpora el practicante |
| **AVAL DEL COTUTOR** |
|  ------------------------------------------ -------------------------------------------------------  **Lugar y Fecha Firma del Cotutor** |
| **AVAL DEL CONSEJO DEPARTAMENTAL O DECANATO (6)** |
|  ------------------------------------------ -------------------------------------------------------  **Lugar y Fecha Firma del Director del Departamento o Decano**(6) Por medio de la presente doy conformidad que el tema propuesto se enmarque en el Plan de Desarrollo del Departamento o Secretaría y que el mismo cuenta con la factibilidad de infraestructura y equipamiento sobre la base del número docentes, alumnos, becarios, adscriptos, practicantes con que cuenta esta dependencia |

|  |
| --- |
| 1. **PLAN DE ACTIVIDADES** (Deberá realizarse en no más de 5 páginas)
 |
| **TÍTULO DEL PLAN** |
|  |
| **DURACIÓN DEL PLAN** (Mínimo 5 días y máximo 3 meses) |
|  |
| **OBJETIVOS PROPUESTOS** |
|  |
|  **ACTIVIDADES** (Descripción, tiempo de duración y grado de responsabilidad del practicante) |
|  |
| **INFRAESTRUCTURA** |
|  |
| **EQUIPAMIENTO** |
|  |
| **CRONOGRAMA** (Marcar el mes con una X) |
| **Actividades** | **E** | **F** | **M** | **A** | **M** | **J** | **J** | **A** | **S** | **O** | **N** | **D** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **CUADRO DEMOSTRATIVO DEL CUMPLIMIENTO DE HORARIOS DE LA PRÁCTICA(7)** |
| **LUNES** | **MARTES** | **MIERCOLES** | **JUEVES** | **VIERNES** |
| **De**  **a**   | **De**  **a**   | **De**  **a**   | **De**  **a**   | **De**  **a**   |

(7) De acuerdo al Anexo I de la Resolución CD 229/2013 deberá declarar 8 horas semanales de dedicación.

|  |
| --- |
| 1. **JUSTIFICACIÓN DEL PEDIDO DE RENOVACIÓN** (Máximo 1 página)
 |
|   |
| **PERIODO DE LA PRÁCTICA ANTERIOR POR LA CUAL SOLICITA RENOVACIÓN** |
| **Desde: / /**  | **Hasta: / /**  |
| **NÚMERO DE RESOLUCIÓN QUE APROBÓ LA PRÁCTICA ANTERIOR POR LA CUAL SOLICITA RENOVACIÓN** |
| **RCD Nº: /**  |