



SOLICITUD DE EXPERIENCIA CLÍNICA

Primer Semestre Segundo Semestre Año Académico _____

Nombre del Estudiante: _____

Número del Estudiante: _____

Departamento: _____ Concentración: _____

Nivel: Elemental Secundaria

Dirección Residencial: _____

Dirección Postal: _____

Teléfono Residencial: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____@upr.edu

Fecha de nacimiento mes/día/año _____

Cursos que Planifica Tomar con la Práctica (Se recomienda un solo curso)

--	--

Nota:

- De no cumplir con los requisitos establecidos para la práctica docente deberán seguir las recomendaciones del Departamento de Pedagogía.
- Acepto el centro de práctica docente que sea asignado por el supervisor de práctica docente.

_____ Firma del estudiante

Para uso exclusivo del Departamento

Fecha de la entrega de la solicitud