ACTA SUPERVISIÓN DE PRÁCTICA

REUNIÓN DE SUPERVISIÓN DE PRÁCTICA PROFESIONAL		
FECHA:	**HORA:**	**LUGAR:**
Nombre profesor tutor/a		
Nombre maestro guía		
Empresa		
Nombre estudiante:		
DETALLES DE LA REUNION		
•		
•		
•		

•

ACUERDOS
•
•
•
•

Firma maestro guía

Firma profesor tutor