|  |  |
| --- | --- |
| escudouach | UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE  SEDE PUERTO MONTT  ESCUELA INGENIERÍA EN INFORMACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN |

**Puerto Montt**, Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

**A:**

**Director/a de Escuela**

**Ingeniería en Información y Control de Gestión**

**Sede Puerto Montt**

**De:**

Nombre de la organización.

Rut de la organización.

Estimados(as):

Informo a Usted que la/el estudiante: Escriba aquí el nombre de la/el estudiante en práctica.

Escriba aquí el número de rut

Ha sido aceptado en práctica Elija el tipo de práctica horas cronológicas.

Entre las fechas fecha de inicio. al fecha final.

El nombre del departamento asignado es nombre del departamento que acoge la/el estudiante.

La actividad, tema o función principal que desarrollará la/el estudiante es tema o actividad principal a desarrollar.

La modalidad de la práctica será Elegir entre práctica presencial o semipresencial.

La dirección principal donde se realizará la práctica es lugar de la práctica.

La/El profesional y contacto en nuestra empresa es Nombre del contacto en la empresa.

El teléfono de contacto en nuestra organización es teléfono en la empresa o contacto.

La empresa Nombre de la organización se compromete resguardar todas las condiciones sanitarias de seguridad acordes a las disposiciones de la autoridad sanitaria, durante el desarrollo de la práctica del estudiante.

Detallar las medidas sanitarias tomadas por la organización

Le saluda atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre quien suscribe esta carta.

Cargo quien suscribe esta carta