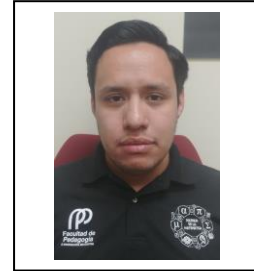




PRÁCTICAS PROFESIONALES
Solicitud de registro (F1)



DATOS GENERALES DEL ALUMNO (A)

Fecha: _____
Día mes año

Nombre: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Carrera (programa educativo): _____

Número de Matrícula: _____ semestre: _____

Porcentaje/Cantidad total de créditos cursados del programa educativo a la fecha: _____

Domicilio Particular: _____
Calle / Avenida Número Colonia C. P.

Teléfono particular: _____ Teléfono laboral: _____

Celular: _____ No. de Seguro facultativo: _____

Correo electrónico de la UABC: _____

Edad: _____ años Sexo: M () F () Trabaja: Sí () No ()

Lugar donde trabaja: _____

Horario de trabajo: _____

Nota: La fotografía que presente debe ser clara y NO se aceptará copia de Facebook.

DATOS DE LA UNIDAD RECEPTORA (UR)

Nombre de la U.R.: **“Colegio de Bachilleres del Estado de Baja California Plantel Mexicali”**

NOMBRE SIN ABREVIATURAS DE LA U.R.

Nombre completo del director (a) o responsable de la U.R.: **DR. LUIS ALFONSO GÓMEZ PÉREZ**

INCLUIR EL GRADO ACADÉMICO

Correo electrónico: **MEDIO DE COMUNICACIÓN CON LA U.R.**

RFC O CLAVE DE REGISTRO: **INF. NECESARIA PARA REGISTRO EN EL SISTEMA**

Nombre del programa a implementar: **EL NOMBRE DEL PROGRAMA SE ESTABLECE JUNTO CON LA U.R. A LA QUE ASISTES, O SE DEFINE CON BASE A LO QUE SE PLANEA REALIZAR.**

Domicilio:

Calle / Avenida

Número

Colonia

C.P.

Municipio

Estado

Teléfono

Nombre del profesor (a) /supervisor (a): **NOMBRE COMPLETO Y GRADO ACADÉMICO LIC.**

ROBERTO GÓMEZ GARCÍA

Correo electrónico del profesor/supervisor: **PARA CONTACTO, SI ES NECESARIO**

Total, de horas a realizar: **160** horas (se incluyen 7mo. y 8vo. semestres)

Horario de prácticas en la UR: de _____ a _____ Horas.

Fecha de inicio en la UR: **DD/MM/AA**

COLOCAR EL PRIMER DÍA QUE SE ASISTE A SUS PRÁCTICAS PROFESIONALES

Fecha de término en la UR: **DD/MM/AA**

ES LA FECHA APROXIMADA DE TERMINO, CALCULANDAS CON BASE AL TOTAL DE LAS 160 HORAS REGLAMENTARIAS, LA CUAL INCLUIRÁ AMBOS SEMESTRES 7MO. Y 8VO.

DESCRPCIÓN DEL (OS) OBJETIVO (S) DEL PROGRAMA A IMPLEMENTARSE EN LA U.R. MEDIANTE LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES.

SE EXPRESA LA IDEA GENERAL DE FORMA CONCISA, QUE SE PRETENDE IMPLEMENTAR CON BASE AL REQUERIMIENTO EN LA U.R. O BIEN EL PRACTICANTE PUEDE PRESENTAR SU (S) OBJETIVO (S) CON RELACIÓN A LA INTERVENCIÓN A REALIZAR, APOYO O ACTIVIDADES A DESARROLLARSE.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES POR SEMESTRE (SE INCLUYEN 7MO. Y 8VO.)

Actividades genéricas	Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Jun.	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.
Apoyo docente											
Clases frente a grupo											
Diagnóstico educativo											
Aplicación y seguimiento del plan de intervención acorde a la problemática detectada											
Análisis de resultados intervención											
Publicación de resultados											

- Las actividades genéricas expuestas son solo un ejemplo, puedes retomarlas y sumar otras más.
- Se deberá incluir el mes de julio siempre y cuando el practicante lo planee así.

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES A REALIZAR EN LA UNIDAD RECEPTORA

Apoyo docente

- Elaboración de material didáctico.
- Revisión de productos.
- Realización de plan de clases.

Clases frente a grupo

- Promoción de actividades.
- Exposición de contenidos.
- Aplicación de exámenes.

Diagnóstico educativo

- Elaboración de instrumentos para la recolección de datos.
- Aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

Aplicación y seguimiento del plan de intervención acorde a la problemática detectada (con base en los resultados obtenidos en el diagnóstico educativo)

- Sesiones de trabajo (asesorías) con los alumnos con deficiencia en comprensión lectora.

Análisis de resultados de la intervención

- Revisión de los avances obtenidos en los alumnos, a través de un examen.

Publicación de resultados

- Elaboración de un documento con los resultados obtenidos.

DESCRIBIR DE MANERA BREVE Y POR PUNTOS, LAS ACTIVIDADES ESPECÍFICAS QUE SE MUESTRAN EN EL CRONOGRAMA.

HORARIO DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
9:00	X					
10:00		X				
11:00		X				
12:00			X			
13:00			X			
14:00	X					
15:00	X			X		
16:00					X	
17:00						

CARACTERÍSTICAS REQUERIDAS DEL PRACTICANTE

DESCRIBIR LAS ACTITUDES Y VALORES REQUERIDAS (RESPONSABLE, PROACTIVO, COMPROMETIDO, ETC. ETC.)

INCLUIR EL PERFIL PROFESIONAL DEL PRACTICANTE.:

- Licenciado en Docencia de la
- Licenciado en Asesor Psicopedagógico

DESCRIBIR SI SE REQUIERE CAPACITACIÓN POR PARTE DEL PRACTICANTE

SEÑALAR SI EL PRACTICANTE RECIBIRÁ APOYO ECONÓMICO:

No _____ Sí _____ Cantidad _____

MECANISMOS DE SUPERVISIÓN POR PARTE DE LA U.R.

INCLUIR LAS ACTIVIDADES REALIZADAS QUE SE INFORMARÁN AL RESPONSABLE DE LA U.R. Y COTEJADAS POR EL SUPERVISOR (A):

- PLANES DE CLASE
- FORMATOS DE PRÁCTICAS PROFESIONALES (F1, F2, F3)
- REPORTES, ENTRE OTROS MECANISMOS QUE LA U.R. UTILIZARÁ PARA SUPERVISAR TU DESEMPEÑO

sello
U.R.

NOMBRE Y FIRMA
RESPONSABLE/ DIRECTOR (A) DE LA
UNIDAD RECEPTORA

NOMBRE Y FIRMA
PROFESOR (A) (SUPERVISOR (A)
DEL PROGRAMA)

VO.BO. FIRMA
TITULAR DE LA UNIDAD DE APRENDIZAJE
EN LA FPIE

NOMBRE Y FIRMA
ALUMNO (A) DEL PRACTICANTE

FIRMA DEL RESPONSABLE DE PRÁCTICAS PROFESIONALES EN LA FPIE
MTRO. JESÚS RAMÓN RIVERA MORÁN
FECHA DE RECEPCIÓN DE SOLICITUD DE REGISTRO_____

NOTA IMPORTANTE: DEBERÁ ANEXAR A ESTA SOLICITUD DE REGISTRO (F1):

- 1.- **Captura de pantalla del Servicio Social Comunitario**, (cubrir el 70% créditos del total de créditos del plan de estudios a la fecha, como mínimo)
- 2.- **Croquis claro**, para una ubicación rápida de la Unidad Receptora.
- 3.- **Anexar su oficio** de solicitud a Unidad Receptora (UR), firmado y sellado.
- 4.- **Enviar en formato PDF** el F1 y anexos en un solo documento, al correo electrónico practicas.fpie@uabc.edu.mx