**ANEXO VI – Formulario de Homologación Extensión**

|  |
| --- |
| **1.DATOS DEL ESTUDIANTE** |
| Nombre y Apellidos:…………………… ………………………………..…………………………………………….. |
| DNI:………… ……………………………………..…………….………………..…………………………………………… |
| Legajo Nº:…… ………………………………………………………………………………………………………………. |
| Dirección:……………………………………………………………………………….......................................... |
| Ciudad:…………….. …………………………………………………………………………………………………………. |
| Código Postal:………… ……………………………………………………………………………………………………. |
| Teléfono:………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Email:………………..… …………..………………..………………..……………………………………………………… |
|   |
| **2. SITUACIÓN ACADÉMICA DEL ESTUDIANTE CERTIFICADA POR ENSEÑANZA** |
| Se adjunta certificado de materias aprobadas, provee y habilita SIU GUARANI |
|   |
| **3. DATOS DEL PROYECTO DE EXTENSION** |
|   |
| Nombre del proyecto:…………… …………………..………………..……………………………………………... |
| ………………………………………………………..………………..…………………………………………………………. |
| Fecha de Acreditación …………………………………………………………………………………………………..Lugar o ámbito de desarrollo:……………… ……..………………..…………………………………………….. |
| Nombre del Director/a del proyecto:…………………………………………………………………………….  |
| Email:…………………………………………………………..……………………………………………………………….. |
| Teléfono Celular:……………………… ………………………………………………………………………………….. |
|   |
| **4.-DETALLE DE LA PRACTICA** |
|   |
| Fecha de Inicio…………………………………..………………..……………………………………………………….. |
| Horas al día………………………..………………..………………..…………………………………………………….. |
| Total horas:………………………..…… ………………..………………………………………………………………… |
| Fecha de finalización:……………………..…… ……..………………..…………………………………………..… |
| Días a la semana:…………… …………………………………………………………....………………..…………… |
| Total días:………………………..…………………………………………….….…..………………..………………..… |
| Nombre Tutor Académico FAU-UNLP:……………………………………………..………….………..……… |
| Email………………………………………..…………………………………………………………….…..……………….. |
| Teléfono Celular:………………………………………………………………………….……………..………………..

|  |
| --- |
| **5.‐PLAN DE TRABAJO/INFORME DE AVANCE**  |

En anexo con firma del Director informe de avance y/o final. |