Reporte de Resultados de Incidentes en visitas.

|  |
| --- |
| Fecha. |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del docente responsable de la visita:**   |  |
| **Carrera (s):**  |  |
| **Número de Estudiantes**  |  | **Hombres**  |  | **Mujeres**  |  | **Fecha de realización:**   |  |
| **Horario en que se realizó la visita:**  |  | **Nombre de la Empresa:**  |  |
| **Materia:**  |  |
| **Unidades o temas del programa de la materia que se cubrieron con la**  |  |
| **¿Se cumplieron los objetivos de la visita? Explique:**  |
|  |
| **Incidentes:**  |
|  |

NOTA: El informe deberá ser entregado como máximo **3 días hábiles** posteriores a la realización de la visita.

Sello, Nombre y Firma (Responsable empresa)

|  |
| --- |
|  |
| Firma del Docente Responsable UTC. |

c.c.p. arhivo