

Fotografía
reciente

Fecha entrega de solicitud: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

No. Cédula, DPI o Fe de Edad: _____

Dirección: _____

Teléfonos: _____

Correo electrónico: _____

Centro Educativo: _____

Carrera: _____

Grado: _____

Práctica: Pre-práctica: Cantidad de horas:

HORARIO QUE DISPONE:

| | LUNES | MARTES | MIÉRCOL. | JUEVES | VIERNES | SABADO | DOMINGO |
|---------|-------|--------|----------|--------|---------|--------|---------|
| HORARIO | | | | | | | |

Fecha inicio: _____

En caso de emergencia avisar a: _____

Parentesco: _____ Teléfono: _____

Referido por: _____

Para uso exclusivo de ECA Guatemala:

| PAPELERÍA: | SI | NO | OBSERVACIONES |
|---|----|----|---------------|
| Solicitud de práctica del establecimiento | | | |
| Copia de Cédula, DPI o Fe de edad | | | |
| Fotografía en este formulario | | | |
| Certificación de estudios | | | |
| Carta de buena conducta | | | |
| Copia certificado de salud | | | |

FECHA DE FINALIZACIÓN: _____

APROBADO SI NO OBSERVACIONES

ASIGNADO A: _____

Nombre: _____

Puesto: _____

Área: _____