Universidad Tecnológica de Cancún

ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

REGISTRO DE VISITA

NOMBRE DEL TALLER, LABORATORIO Y/O VISITA

DOCENTE _____ **ASIGNATURA** _____

GRUPO _____ **FECHA** _____ **HORA ENTRADA** _____ **HORA SALIDA** _____

NOMBRE DE LA PRACTICA _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	FIRMA	NOMBRE DEL ESTUDIANTE	FIRMA

SE CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE CON LA PRACTICA SI NO

EN CASO NEGATIVO, INDIQUE LA RAZÓN _____

Vo. Bo.

FIRMA DEL DOCENTE

FIRMA DE RESPONSABLE DEL ÁREA