Universidad Tecnológica de Cancún

ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

BITÁCORA DE VISITA
(NOMBRE DEL TALLER, LABORATORIO Y/O EDIFICIO)

PROFESOR _____ **ASIGNATURA** _____

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

NOMBRE DE LA PRÁCTICA _____

NOMBRE DEL ALUMNO	FIRMA	NOMBRE DEL ALUMNO	FIRMA

SE CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE CON LA PRÁCTICA SI NO

EN CASO NEGATIVO, INDIQUE LA RAZÓN _____

Vo. Bo.

FIRMA DEL PROFESOR

FIRMA DE RESPONSABLE DEL ÁREA