**ACUERDO INDIVIDUAL DE PRÁCTICAS PRE-PROFESIONALES**

El que suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con, D.N.I. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

y domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

estudiante de la carrera de Medicina Veterinaria de la Universidad Nacional de La Plata, habiendo sido autorizado para realizar las prácticas tutoradas en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

desde el día \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (aprox) , me comprometo a observar las siguientes normas:

1. Conocer y cumplir el Reglamento de Prácticas Pre-profesionales.

2. Desarrollar con responsabilidad las funciones o tareas que me sean asignadas por mi Tutor y observar las normas internas de la entidad huésped.

3. Cumplir estrictamente el periodo de prácticas señalado y sus horarios y observar disciplina, honestidad, orden, limpieza y buen trato hacia los demás.

4. Cuidar y mantener meticulosamente el estado de los bienes, materiales y documentación que se ponga a mi disposición para la realización de las prácticas.

5. Informar, por correo electrónico, la fecha de inicio de la práctica que voy a realizar.

El pasante acepta y está en un todo de acuerdo con los términos y condiciones de Nación Seguro, póliza 6850/2017.

El suscripto manifiesta bajo declaración jurada

Obra social y N° de afiliado (fotocopia):

Teléfono de contacto y domicilio en la ciudad de La Plata:

Teléfono de familiar cercano:

En caso de accidente/urgencia autorizo mi traslado y atención a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entiendo y acepto que la Facultad de Ciencias Veterinarias de la Universidad Nacional de La Plata puede cancelar mis prácticas en caso de incumplimiento de lo establecido en los puntos anteriores y/o de cualquier otra disposición reglamentaria, no emitiendo la certificación correspondiente.

Acepto ser notificado vía mail.

LUGAR FECHA FIRMA DEL PRACTICANTE