



Universidad Autónoma de Tlaxcala
Facultad de Ciencias Básicas Ingeniería y Tecnología
Evaluación del Practicante.

Código 421-c-RG-02
Revisión 01

NOMBRE DE LA EMPRESA:
NOMBRE DEL PRACTICANTE:
ÁREA DE ADSCRIPCIÓN:
NOMBRE DEL ASESOR O JEFE INMEDIATO:

(Favor de evaluar marcando con una X el recuadro del Concepto Adecuado)

CALIDAD EN SUS PRACTICAS	<input type="checkbox"/> DEFICIENTE-REQUIERE SUPERVISIÓN CONSTANTE	<input type="checkbox"/> ACEPTABLE CON POCOS ERRORES	<input type="checkbox"/> BUENA CON ERRORES AISLADOS	<input type="checkbox"/> BUENA SIN ERRORES
CONOCIMIENTO DEL AREA	<input type="checkbox"/> DEFICIENTE	<input type="checkbox"/> CONOCIMIENTO MINIMO	<input type="checkbox"/> EMPEÑO EN REAFIRMAR SUS CONOCIMIENTOS	<input type="checkbox"/> EXCEPCIONAL CONOCIMIENTO DEL AREA
DISCIPLINA	<input type="checkbox"/> INDISCIPLINADO	<input type="checkbox"/> DESCUIDADO EN SU COMPORTAMIENTO	<input type="checkbox"/> CUIDADOSO EN SU COMPORTAMIENTO	<input type="checkbox"/> ALTO SENTIDO DE LA DISCIPLINA
COOPERACIÓN	<input type="checkbox"/> NO COOPERA	<input type="checkbox"/> COOPERACIÓN ESPORADICAMENTE	<input type="checkbox"/> COLABORA POR SI MISMO SATISFACTORIAMENTE	<input type="checkbox"/> COLABORA SIN RESERVA EN TODA ACTIVIDAD
RESPONSABILIDAD	<input type="checkbox"/> IRRESPONSABLE	<input type="checkbox"/> POCO RESPONSABLE	<input type="checkbox"/> ACEPTA LA RESPONSABILIDAD	<input type="checkbox"/> EXTRAORDINARIAMENTE RESPONSABLE
INICIATIVA	<input type="checkbox"/> SIN INICIATIVA	<input type="checkbox"/> RUTINARIO TIENE POCA INICIATIVA	<input type="checkbox"/> UTILIZA SU INICIATIVA ADECUADAMENTE	<input type="checkbox"/> BUSCA LA OPORTUNIDAD DE UTILIZAR SU INICITIVA
SOCIABILIDAD	<input type="checkbox"/> RECELOSO POCO	<input type="checkbox"/> RETRAIDO PERO AMABLE Y CORTES	<input type="checkbox"/> CAPACIDAD PARA CONVIVIR CON LAS PERSONAS	<input type="checkbox"/> MUY SOCIABLE
PUNTUALIDAD	<input type="checkbox"/> DEFICIENTE	<input type="checkbox"/> ACEPTABLE	<input type="checkbox"/> BUENA	<input type="checkbox"/> ALTO SENTIDO DE LA PUNTUALIDAD

ACTIVIDADES PRINCIPALES QUE REALIZO _____

OBSERVACIONES _____

Lugar y Fecha: _____

Realizó la Practica

Realizó la Evaluación

Nombre y Firma del Practicante

Nombre y Firma del Asesor o jefe inmediato