

REGISTRO DE ACEPTACIÓN DE PRÁCTICA

1. Datos del Spa / Centro de Belleza

- **Nombre del Establecimiento:** _____
 - **Nombre del Representante:** _____
 - **Ruc del Establecimiento:** _____
 - **Ciudad / Provincia:** _____
 - **Dirección:** _____
 - **Teléfono:** _____
 - **Correo Electrónico:** _____
 - **Fecha de Registro:** ____ / ____ / ____
-

2. Datos de la Estudiante

- **Nombre Completo de la Estudiante:** _____
 - **Número de Identificación:** _____
 - **Carrera:** _____
 - **Institución:** Instituto Internacional
 - **Periodo de Práctica:**
Desde: ____ / ____ / ____
Hasta: ____ / ____ / ____
-

3. Confirmación de Aceptación de la Práctica

Por medio del presente, el **Spa/Centro de Belleza denominado** _____
confirma la aceptación de la estudiante indicada para realizar su práctica profesional en
las instalaciones, bajo las siguientes condiciones:

- **Número de horas:** _____

-
- **Supervisor a Cargo:** _____

-
- **Observaciones o Condiciones Específicas:**
(Incluir cualquier comentario o requerimiento adicional)
-
-

4. Compromiso y Firma

Mediante la firma de este documento, se establece el compromiso del establecimiento de brindar un entorno adecuado para el desarrollo de la práctica profesional y el cumplimiento de las condiciones establecidas en el convenio firmado con el instituto.

Firma del Representante del Spa/Centro de Belleza:

Nombre:

Cargo:

Fecha:

____ / ____ / _____

Nota: Adjuntar copia de cédula y ruc del establecimiento