



UNIVERSIDAD METROPOLITANA  
ESCUELA DE EDUCACIÓN

### SOLICITUD DE PRÁCTICA DOCENTE

Esta solicitud debe venir acompañada de los siguientes documentos:

Evaluación Académica  
 Certificado Antecedentes Penales

Certificado de Salud  
 Solicitud Acomodo Razonable  
(Si aplica)

agosto – diciembre (Entregar en o antes del 15 de abril)

enero – mayo (Entregar en o antes del 15 de octubre)

---

#### Datos del Estudiante – Maestro

\_\_\_\_\_ S00: \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombre # de Estudiante

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Tel. Residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

En caso de Emergencia notificar a: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Programa de estudio: Educación Secundaria  
 Educación Preescolar  
 Educación Temprana (K-3)  Inglés  
 Educación Elemental (4-6)  Español  
 Educación Especial  Historia  
 Educación Física Elemental  
 Recreación y Deportes

Año que cursa: \_\_\_\_\_

Índice Académico: \_\_\_\_\_

Fecha en la que se espera completará el grado:

Diciembre

Mayo

## Responde

1. Indique si usted posee alguna condición física o de salud que requiera de acomodo razonable para su Práctica Docente. De ser así, complete el formulario de Acomodo Razonable y entregue junto con esta solicitud. (Formulario disponible en la Oficina del Coordinador Estudiantil)

---

---

---

2. Indique a continuación cualquier otra información que usted entienda necesaria y de valor para tomarse en consideración al trabajar su solicitud.

---

---

---

3. Indique en orden de preferencia, dos materias, sobre las cuales usted tiene amplio conocimiento y dominio total del contenido.

a) \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Autorizo a que el personal de la Escuela de Educación verifique toda la información que se encuentra en esta solicitud y que de haber incurrido en alguna omisión, alteración o falsificación de documentos la Institución podrá cancelar la matrícula del semestre académico en curso.

\_\_\_\_\_  
Firma Estudiante-Maestro

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

### (NO ESCRIBA BAJO ESTA LÍNEA)

Requisitos:

- \_\_\_ Evaluación de Solicitudes por el Comité de Práctica Docente (Facultad, Coordinadores y Maestros Cooperadores)  
\_\_\_ Entrevista por el Coordinador Estudiantil  
\_\_\_ Evidencia de los documentos solicitados  
\_\_\_ Otros (Si aplica)

Acción del Comité Práctica Docente

\_\_\_ Solicitud Aprobada

\_\_\_ Solicitud Denegada

\_\_\_ Solicitud Pendiente

Comentarios: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Firmas Comité Práctica Docente