



DECANATO DE ESTUDIOS GRADUADOS E INVESTIGACIÓN
UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE RÍO PIEDRAS

PROGRAMA DE EXPERIENCIAS ACADÉMICAS FORMATIVAS

REGISTRO SEMANAL DE ASISTENCIA

NOMBRE: _____ FACULTAD O UNIDAD: _____
SEGURO SOCIAL: _____ PUESTO: _____
SEMANA: _____

DÍA	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA
LUNES								
MARTES								
MIÉRCOLES								
JUEVES								
VIERNES								
SÁBADO								
DOMINGO								

FIRMA DEL ESTUDIANTE FECHA FIRMA DEL SUPERVISOR FECHA