

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE RÍO PIEDRAS
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

ACUERDO SOBRE COOP/INTERNADO A SER REALIZADO

Nombre del estudiante:	Número de estudiante:
Teléfono:	Correo electrónico:
Concentración:	Coordinador Departamental:
Curso:	Créditos:

Compañía o Agencia:	Supervisor:
Dirección:	
Teléfono:	Correo electrónico:

La evaluación de esta experiencia será PASA/NO PASA

Periodo de trabajo:		
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo (Full-time)	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial (Part-time)	<input type="checkbox"/> Verano
Fecha de inicio:	Fecha de Terminación:	

Favor de incluir hojas adicionales de ser necesario

Cualificaciones para el puesto:
Metas – objetivos
Plan para alcanzar las metas – objetivos

Firmas:

_____	_____	_____	_____
Estudiante	Fecha	Coordinador Departamental	Fecha
_____	_____		
Supervisor	Fecha		