

República de Panamá



Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud

INFORME PARCIAL DEL PASANTE y/o FUNCIONARIO

Nombre del Pasante: _____

Nº de Cédula ó Pasaporte _____

Teléfono _____ **e-mail** _____

Unidad, Sección o Área en que se desarrolla la pasantía: _____

Tutor asignado en el ICGES _____

Tutor colaborador en el área de rotación _____

Período de pasantías: ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

Periodo de pasantía en el área de rotación programado: ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

Actividades a desarrollarse en el área de rotación programada:

Fecha: _____ **Firma del Tutor o Colaborador:** _____