

**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS****DATOS DEL ALUMNO/A:**

Nombre y apellidos:		
Teléfono:	e-mail	
Titulación:	Curso:	
DNI:	Fecha de nacimiento:	
Dirección		
Población/Código Postal:		

EXPONE:

--

SOLICITA

--

DATOS DE LA PRÁCTICA

Tipo de la práctica (Curricular/No Curricular):	
Fecha de inicio:	Fecha de Finalización:
Número total de horas:	<input type="checkbox"/> Media Jornada
	<input type="checkbox"/> Jornada Completa
Horario a desarrollar por el alumno:	
Lugar/Dirección:	
Tutor en la empresa:	
Correo-e del tutor en la empresa:	Teléfono:
Tutor académico:	
Correo-e del tutor académico:	Teléfono:



SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS

DATOS DE LA ENTIDAD

Nombre de la entidad colaboradora:	
Persona de contacto:	
Teléfono/móvil:	e-mail
Dirección	
Población:	Código Postal:
Teléfono de la entidad:	Fax (si procede):

ACTIVIDADES DESARROLLADAS (Breve descripción)

Español:

Inglés:

Lugar y fecha :

Fdo.: El alumno

INFORME DE LA COMISIÓN DE PRÁCTICAS

Favorable		Desfavorable	
------------------	--	---------------------	--

Lugar y fecha :

Fdo. Presidente de la Comisión de Prácticas