### ENTIDAD COLABORADORA

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la Empresa: | |
| Centro: | |
| Fecha de inicio de prácticas: | Fecha fin de prácticas: |
| Total de horas realizadas: |  |

**ESTUDIANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y apellidos: | |
| DNI: | Titulación: |

**TUTOR**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y apellidos: | |
| Teléfono: | Correo-e: |

**VALORACIÓN DE LA ADQUISICIÓN Y DESARROLLO DE LAS SIGUIENTES COMPETENCIAS:**

|  |  |
| --- | --- |
| Capacidad técnica |  |
| Capacidad de aprendizaje |  |
| Administración de trabajos |  |
| Habilidades de comunicación oral y escrita |  |
| Sentido de la responsabilidad |  |
| Creatividad e iniciativa |  |
| Implicación personal |  |
| Motivación |  |
| Receptividad a las críticas |  |
| Puntualidad |  |
| Relaciones con su entorno laboral |  |
| Capacidad de trabajo en equipo |  |
| Otros aspectos (nombrar): |  |
| **CALIFICACIÓN GLOBAL (de 0 a 10)** |  |

En el caso de estudiantes con discapacidad que tengan dificultades, deberá indicarse su grado de autonomía y si requieren de algún tipo de recurso técnico y/o humano para la misma.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Satisfacción General** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| A la vista de todo lo expuesto anteriormente, indique su grado de satisfacción con el Programa de Prácticas Externas de la Titulación. |  |  |  |  |  |  |

**OBSERVACIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA**

|  |
| --- |
|  |

Lugar y fecha

Fdo: