

CONFORMIDAD CON LA REALIZACIÓN DE PRÁCTICAS (ALUMNOS DEL MUFPEs)

DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellidos: _____

Dirección: _____

Código Postal _____ Localidad _____

Correo electrónico _____ DNI: _____

DATOS DEL CENTRO DE PRÁCTICAS

Nombre del Centro _____

Dirección: _____

Código Postal _____ Localidad _____

PERIODO DE PRÁCTICAS:

Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

JORNADAS DE PRÁCTICAS:

Todos los días con docencia en el periodo señalado. Total de horas de prácticas: 200 horas

TUTOR DEL CENTRO:

Nombre: _____ DNI: _____

TUTOR DE LA UEX:

Nombre: _____ DNI: _____

En _____, a ____ de _____ de 2025

Fdo: _____

Fdo: _____

Tutor de la UEX

Tutor del Centro

Sello de la UEX

Sello del Centro