

Este documento deberá ser cumplimentado por el organismo de acogida en consulta con el equipo docente y el estudiante.

Fechas de prácticas :

de a

| | Mañana* | Tarde* | Noche* |
|-----------|---------|--------|--------|
| Lunes | | | |
| Martes | | | |
| Miércoles | | | |
| Jueves | | | |
| Viernes | | | |
| Sábado | | | |
| Domingo | | | |

* Mencione tiempos precisos.

Duración total de las prácticas (horas)

POR EL ESTABLECIMIENTO DE ENSEÑANZA

Nombre y firma del representante

.....

POR EL ORGANISMO DE ACOGIDA

Nombre, sello y firma del representante del organismo de acogida

.....

ESTUDIANTE EN PRÁCTICAS (Y SU REPRESENTANTE LEGAL EN SU CASO) Nombre y firma

.....

El profesor referente del estudio

Nombre y firma

.....

El tutor de prácticas del organismo de acogida

Nombre y firma

.....