

DATOS DE LA EMPRESA/INSTITUCIÓN

Nombre de la Empresa/institución:
Sector al que pertenece: Público Privado
Dirección:
Población: Código Postal:
CIF:
Teléfono:
E-mail empresa:
Actividad principal de la empresa/institución:
Nombre y Apellidos de la persona firmante del convenio:
Cargo:

DATOS DEL CENTRO REALIZACIÓN PRÁCTICAS

Denominación del Centro:
Dirección:
Población:
Nombre y Apellidos del contacto del centro:
Cargo:
E-mail del Centro:

DATOS DE LA PLAZA

Grado/s:
Mención (solo para el grado en Psicología):
Profesional Colaborador:
DNI Profesional Colaborador:
E-mail Profesional Colaborador:
Horas de las prácticas:
Fechas de inicio: Fechas de finalización:
Horarios:
Asignatura:
Tutor Prácticas profesionales:
Alumno/a:
DNI alumno/a:

RESPONSABLE QUE HA GESTIONADO EL CONVENIO EN CENTRO ASOCIADO VILA-REAL (CASTELLÓN)

Datos de contacto:
Posición en el Centro Asociado: