**ANEXO I - SOLICITUD PRÁCTICAS ESTUDIANTES**

**REGISTRO DE INICIO**

**DATOS DEL ALUMNO**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE:  | APELLIDOS:  |
| DNI: | E-MAIL:  |
| TELEFONO: | DIRECCIÓN: |
| UNIVERSIDAD/CENTRO FORMATIVO | GRADO UNIVERSITARIO/CFGS o CFGM: |
| CURSO |  |

**DATOS DE LA ACTIVIDAD PREGRADO SOLICITADA**

|  |
| --- |
| UNIDAD EN LA QUE SOLICITA LAS PRÁCTICAS: |
| TIPO DE PRÁCTICAS **□** CURRICULARES **□** EXTRACURRICULARES |
| PERIODO DE PRÁCTICAS: Desde Hasta Número de horas/día:  |
| TUTOR |

**DATOS DE LA ACTIVIDAD POSTGRADO/INVESTIGACIÓN SOLICITADA**

|  |
| --- |
| TIPO DE ACTIVIDAD □ MASTER  □ DOCTORADO □ TRABAJO DE INVESTIGACIÓN |
| PERIODO: Desde Hasta Número de horas/día:  |
| TUTOR |

**DOCUMENTOS A APORTAR**

□ ANEXO AL CONVENIO DE COLABORACIÓN, SI EXISTE

□ MATRÍCULA DEL CENTRO (sólo en caso de no existir convenio)/MATRÍCULA PROYECTO DOCTORADO/MASTER

□ COMPROMISO DEL TUTOR CAULE

 □ CERTIFICADO NEGATIVO DE DELITOS SEXUALES

 □ COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

 □ APROBACIÓN DEL PROYECTO POR EL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA (SOLO POSTGRADO)

**El alumno se compromete a:**

 □ SUSCRIPCIÓN DE PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL Y ACCIDENTES (solo en caso de no existir convenio)

□ ASISTENCIA SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES PARA RECIBIR LA FORMACIÓN E INFORMACIÓN ADECUADA Y SUFICIENTE EN MATERIA DE PRL APORTANDO CARTILLA DE VACUNACIÓN

Fecha:

Fdo.:

A/a SR DIRECTOR GERENTE DEL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN