|  |
| --- |
| tarjeta de contacto del directorio**ANEXO I****Proyecto formativo** |

## datos DEL ESTUDIANTE:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre y apellidos:** |  |
| **DNI:** |  |
| **Teléfono:** |  | **E-mail:** |  |
| **Titulación que cursa:**  |
|  |
| **Centro académico:** |
|  |
| datos DE lAS PRÁCTICAS: |
| **Datos de la consejería u organismo autónomo que acoge al estudiante en prácticas.** |
|  |
| **Descripción del puesto de práctica** |
|  |
| **Modalidad de desarrollo** | Presencial |  | Semipresencial |  | No presencial |  |
| **Lugar donde se realizará** | - (Nombre de la unidad donde se desarrollará la práctica)- Dirección: calle, código postal, localidad y provincia) |
|  |  |
| **Fechas de realización:** {dd/mm/aaaa} hasta {dd/mm/aaaa}, ambos incluidos. | desde |  | hasta |  |
| **Horario de realización de las prácticas:** |  | **Duración** {nn} días/horas/meses |  |
| **Modalidad académica:**  | Extracurricular /curricular (Asignatura de Prácticas: código, nombre y créditos ECTS) |
|  |

|  |
| --- |
| **Actividades y tareas:**  Relación de actividades y tareas que desarrollará el/la estudiante en prácticas. |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Objetivos educativos y competencias:**  | Relación de objetivos educativos y competencias profesionales (genéricas y específicas) que adquirirá o ejercitara el/la estudiante |
| Genéricas: |
| Específicas: |

## datos De las tutorías:

|  |
| --- |
| **Tutores de las prácticas.** (Nombre y apellidos. Teléfono y e-mail) |
| **Tutor/a de la Administración Autonómica:** |
| **Tutor/a académico/a:** |

|  |
| --- |
| **Acuerdo de confidencialidad:**  |
| El/la estudiante en prácticas asume la obligación de guardar el secreto profesional sobre cualquier información interna de la entidad colaboradora a la que tenga acceso durante su estancia y una vez finalizada esta. |

|  |
| --- |
| **Seguridad e higiene:**  |
| La Administración Autonómica y el/la estudiante en prácticas se comprometen a cumplir las normas, protocolos y medidas de seguridad e higiene que, de forma ordinaria o extraordinaria, sean de aplicación en la entidad para sus trabajadores/as |

|  |
| --- |
| **Seguros de accidentes y de responsabilidad civil:**  |
| Información de pólizas vigentes de accidentes y de responsabilidad civil suscritas por la Universidad de , disponible en  |

Los/las abajo firmantes declaran su conformidad y aceptación del programa formativo y detalle de las prácticas, al amparo del Convenio suscrito entre las universidades públicas de Castilla y León y la Administración Autonómica a fin de completar la formación del/a estudiante, ateniéndose a la legislación vigente.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **E/la tutor(a) académico/a****{Nombre y apellidos}** |  | **El/la estudiante****{Nombre y apellidos}** |  | **El/la tutor(a) de la Admón. Autonómica****{Nombre y apellidos}** |

**En ….., a {dd/mm/yyyy**