FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRÁCTICAS EXTERNAS

Rellene el formulario con tus datos personales y preferencias para la realización de las **Prácticas Externas Extracurriculares.** Recuerda que has de rellenar el formulario con tu preferencia principal como primera opción y las fechas posibles en que quieres realizar las prácticas. Estas fechas deberás consensuarlas con el responsable del centro para ver si es posible. Puedes poner un centro alternativo, como segunda opción, con fechas de prácticas, por si el centro elegido de primera opción no pudiera recibirte por la causa que sea. Si el centro de tu primera opción acepta la solicitud ese será el lugar donde lleves a cabo las prácticas, el alumno no podrá cambiar al centro alternativo una vez que envíe a la coordinadora el formulario de solicitud. No olvides indicar la preferencia del centro y que **el tiempo mínimo de estancia sean 150 horas.**

El plazo para enviar este formulario a la coordinadora de PEE finaliza el día 19 de marzo. Las solicitudes se enviarán a Antonio.vinuela@uclm.es

Se recomienda revisar el documento "Convocatoria de Prácticas Externas para el curso 20/21 disponible en https://www.uclm.es/toledo/facsalud/practicas

Al rellenar este formulario se manifiesta que la información y toda la documentación que acompaña a la solicitud de participación en el proceso de selección son veraces. No olvides enviar una copia de tu curriculum vitae al Coordinador de Prácticas. *Obligatorio

NOMBRE*			
APELLIDOS*			
DNI*			
FECHA DE NACIMIENTO*			
TELÉFONO*			
DIRECCIÓN COMPLETA*			
E-MAIL (UNIVERSIDAD) *			
GRADO* (marque con una cruz)	Terapia Ocupacional	Logopedia	Enfermería
ECTS SUPERADOS*			
CURSO* (marque con una cruz)		Tercero	Cuarto
Recuerde que solo se pueden realizarprácticas extracurriculares los		(los 3 Grados)	(los 3 Grados)
alumnos decuarto que no hayan			
solicitado el título.			
PREFERENCIAS DE LAS PRÁCTICAS	Nombre del centro o	Localidad*	Periodo de las
	Institución*		<pre>prácticas* (desde /hasta)</pre>
			/ ilasta)
	Convenio con UCLM*		
	Contestar con una cruz. Centro con convenio son todosaquellos	S	
	que aparecen en lapágina del CIF	E	
	que se os hacolgado en la web de		
	prácticasexternas.		
	SI: NO:		
	140.		
	Persona de Contacto* Indica	9	1
	con quién has acordadola		
	realización de tus prácticas así		
	como los datos de contactoque consideres oportunos (mail,		
	teléfono, ect)		
COMENTARIOS			
Fecha y Firma del alumno			
,			
	1		