

**RESPONSABLE DEL O LA ESTUDIANTE EN PRÁCTICA**

Nombre	Primer apellido	Segundo Apellido	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Departamento/Centro/Instituto/Unidad administrativa		Correo electrónico	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

**SOLICITA**

La inscripción en la actividad ERASMUS+\_PRÁCTICAS\_ULL del

**ESTUDIANTE EN PRÁCTICA**

Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pasaporte/documento de identidad		
<input type="text"/>		
Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/>		
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo electrónico		Teléfono móvil
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Domicilio temporal		
<input type="text"/>		
Fecha de inicio de las prácticas	Fecha de finalización de las prácticas	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

He comprobado que se ha firmado el acuerdo de aprendizaje donde se recoge el programa de las prácticas e información relativa a los seguros del o la estudiante. Asimismo, quedo enterado de que la validez de la solicitud está condicionada a la veracidad de los datos consignados en este formulario.

Fdo: Responsable del o la estudiante en práctica

**La solicitud debe ser acompañada de una copia del pasaporte o documento de identidad que acredite la identidad del o la estudiante**

**Centro de Atención al Usuario (CAU)**