



## Govern de les Illes Balears

Conselleria d'Educació, Cultura i Universitats  
Direcció General d'Universitats,  
Recerca i Transferència del Coneixement

### ANEXO II

#### Solicitud de admisión de alumno en prácticas hecha por la universidad, dirigida al centro docente público o privado concertado de las Islas Baleares

##### Datos del centro docente al que se dirige la solicitud

Nombre: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

##### Datos de la universidad

Nombre de la universidad: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Nombre del profesor tutor: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

- Compensación al centro para la realización de las prácticas (entregar al centro anexo V)

##### Datos del alumno

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Estudios / especialidad: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Datos de las prácticas: \_\_\_\_\_

- Se adjunta la copia compulsada del seguro del alumno / a.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_

Firma por la universidad

firma del alumne/alumna



## Govern de les Illes Balears

Conselleria d'Educació, Cultura i Universitats  
Direcció General d'Universitats,  
Recerca i Transferència del Coneixement

### ANEXO III

#### Conformidad del centro y solicitud de autorización de la Consejería de Educación, Cultura y Universidades para participar en la realización de las prácticas

##### Datos del centro docente

Nombre del centro: \_\_\_\_\_

Código del centro: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Nombre del director / a: \_\_\_\_\_

##### Datos del alumno

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Estudios / especialidad: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Período de las prácticas: \_\_\_\_\_

Datos de la universidad

Nombre de la universidad: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

##### Datos del tutor de prácticas

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Funcionario de carrera: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

firma del director / a

firma del tutor / a



## Govern de les Illes Balears

Conselleria d'Educació, Cultura i Universitats  
Direcció General d'Universitats,  
Recerca i Transferència del Coneixement

### ANEXO IV

#### **Autorización de la Consejería de Educación, Cultura y Universidades en el centro docente para admitir el alumno universitario en prácticas**

Dado que se ha seguido el procedimiento establecido en la resolución del director general de Universidades, Investigación y Transferencia del Conocimiento del día 21 de septiembre de 2012, que la universidad ha acreditado disponer de un seguro que da cobertura a eventuales accidentes durante el período de prácticas y que la dirección del centro docente y el tutor de las prácticas han aceptado las tareas que les corresponden,

Resuelvo

Autorizar la realización de las prácticas los datos de las que se detallan a continuación:

#### **Datos del centro docente**

Nombre del centro: \_\_\_\_\_

Código del centro: \_\_\_\_\_

#### **Datos del alumno**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

#### **Datos del tutor de prácticas del centro docente**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

#### **Datos de los estudios para los que se realizan las prácticas**

Nombre de la universidad: \_\_\_\_\_

Estudios / especialidad: \_\_\_\_\_

Palma, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_

El director general de Universidades, Investigación y Transferencia del Conocimiento

Miguel J. Deyá Bauzá



## Govern de les Illes Balears

Conselleria d'Educació, Cultura i Universitats  
Direcció General d'Universitats,  
Recerca i Transferència del Coneixement

### ANEXO V

#### Certificación de pago en el centro de prácticas

La universidad o centro adscrito:  
(Nombre de la universidad / centro)

\_\_\_\_\_

Certifica que el número de créditos que corresponden a las prácticas del alumno:  
(Nombre del alumno)

\_\_\_\_\_

ha sido \_\_\_\_\_ con un coste de \_\_\_\_\_ cada crédito.

El importe que se abonará en el centro:  
(Nombre del centro receptor)

\_\_\_\_\_

será de \_\_\_\_\_

Firma y cargo



## Govern de les Illes Balears

Conselleria d'Educació, Cultura i Universitats  
Direcció General d'Universitats,  
Recerca i Transferència del Coneixement

### ANNEXO VI

### Certificación de realización de las prácticas

\_\_\_\_\_, Secretario / a del  
centro \_\_\_\_\_

CERTIFICO:

Que las personas relacionadas a continuación han realizado las funciones de tutores de los alumnos que se detallan a continuación:

TUTOR				ALUMNO/A	
Nombre y apellidos	DNI	Departamento o ciclo	Nº horas	Nombre y apellidos	DNI

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_

El/la secretario/a

Visto bueno  
El / la director / a