



**CARTA D'ACCEPTACIÓ DEL CENTRE**  
 PRÀCTIQUES MÀSTER PSICOLOGIA GENERAL SANITÀRIA

En/na ..... responsable del centre  
 (nom centre) .....

accepto que l'estudiant

(nom estudiant) ..... amb DNI .....,  
 (carrer/av.).....(núm).....(pis/porta).....  
 (població) ..... CP .....província de .....  
 (telèfon) ..... e-mail (UdL):.....@alumnes.udl.cat

durant el proper curs ...../..... pugui fer les

<input type="checkbox"/> Pràctiques 1	<input type="checkbox"/> Pràctiques 2
---------------------------------------	---------------------------------------

al següent centre:

Nom centre:.....  
 Institució (si s'escau):.....  
 Adreça:.....  
 Localitat:..... CP:.....Província:.....  
 Telèfon centre:..... E-mail centre:.....

Responsable de les pràctiques al centre:

(nom i cognoms).....(nif).....  
 (telèfon).....(correu electrònic).....

Professional que tutoritzarà les pràctiques:

(nom i cognoms).....(nif).....  
 (telèfon).....(correu electrònic).....

Signatura	Segell del centre

....., ..... de ..... de .....