



CARTA DE ACEPTACIÓN DE CENTRO
 PRÁCTICAS MÁSTER PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Sr./Sra. responsable del centro
 (nombre centro)

acepto que el estudiante

(nombre estudiante) con DNI,
 (calle/av.).....(núm).....(piso/puerta).....
 (población) CPprovincia de
 (teléfono) e-mail (UdL):.....@alumnes.udl.cat

durante el próximo curso/..... pueda hacer las

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

En el centro siguiente:

Nombre centro:.....
 Institución (si procede):.....
 Dirección:.....
 Población:..... CP:.....Provincia:.....
 Teléfono centro:..... E-mail centro:.....

Responsable de prácticas en el centro:

(nombre y apellidos).....(nif).....
 (teléfono).....(correo electrónico).....

Profesional que tutorizará las prácticas:

(nombre y apellidos).....(nif).....
 (teléfono).....(correo electrónico).....

Firma	Sello del centro

....., de de