

DOCUMENTO DE ACEPTACIÓN DE LA ENTIDAD COLABORADORA

ESTUDIANTE

Nombre y apellidos:

DNI o Pasaporte:

Teléfono:

E_mail:

Nivel de Estudios: ENSEÑANZAS ARTÍSTICAS SUPERIORES DE DISEÑO DE INTERIORES

Año académico: 20 - 20

Curso: 4º

INSTITUCIÓN

Centro: ESCUELA DE ARTE Y SUPERIOR DE DISEÑO DE ZAMORA

Dirección: Avd. Plaza de Toros Nº2. 49007 Zamora

Teléfono: 980 514341

Fax: 980 514360

E_mail: 49006433@educa.jcyl.es

ENTIDAD COLABORADORA

Nombre y apellidos (representante):

NIF:

Entidad o empresa:

Dirección:

C.P.:

Población:

Teléfono:

Fax:

E_mail:

Dirección Web:

CIF:

Nombre y apellidos (tutor empresa):

Cargo o función:

Teléfono directo:

E_mail:

DETALLES DE LA PROPUESTA DEL PLAN DE FORMACIÓN

Fechas previstas para la realización de las prácticas: Desde / / hasta / /

Jornada laboral semanal (nº de horas):

Número de personas que trabajan en la empresa:

PROPUESTA DE PLAN DE FORMACIÓN

Resultados de aprendizaje (Competencias a adquirir):

Programa de prácticas:

Tareas del estudiante:

Plan de seguimiento y de evaluación:

Nombre del responsable:

Cargo:

Firma

Sello

Fecha: / /