**SOLICITUD PARA FORMALIZAR CONVENIO DE PRÁCTICAS DOCENTES DE GRADOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL (P. 4067)**

1. **Datos de la empresa, institución o profesional solicitante**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Razón social/ Nombre y apellidos | | N.I.F. |
| Nombre comercial del centro de formación profesional | | |
| Domicilio | | Localidad |
| Código postal | Teléfono móvil | Teléfono fijo |
| E-mail | | |

### Datos del representante legal que firmará el convenio (no rellenar si no es diferente al profesional solicitante)

|  |  |
| --- | --- |
| Apellidos y Nombre | N.I.F |
| Título de representación | |

1. **Datos de la persona de contacto** (rellenar sólo si es diferente a la persona que firmará el convenio)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre y apellidos | | N.I.F. |
| Cargo | | |
| Teléfono fijo | Teléfono móvil | E-mail |

**DIRIGIDO AL SERVICIO DE RÉGIMEN INTERIOR**

**SERVICIO MURCIANO DE SALUD**

**C/Central, 7. Edificio Habitamia, 30100, Espinardo (Murcia)**