ANEXO I

**DEMANDA DE PLAZAS PARA LA REALIZACIÓN DE PRÁCTICAS POR ALUMNOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL**

**EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD**

|  |  |
| --- | --- |
| CURSO ACADÉMICO |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DENOMINACIÓN DEL CENTRO |  | CÓDIGO DE CENTRO (ASIGNADO EN EL RECDNU) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| EMPRESA TITULAR DEL CENTRO |  | CIF |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DOMICILIO SOCIAL |  | TFNO. |  | MAIL CONTACTO |  |

|  |  |
| --- | --- |
| COORDINADOR/A FCT |  |

|  |  |
| --- | --- |
| CICLO FORMATIVO / PIP |  |

|  |  |
| --- | --- |
| PROFESOR - TUTOR |  |

|  |  |
| --- | --- |
| CENTRO DE DESTINO |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº PLAZAS | UBICACIÓN  DE LOS ALUMNOS | PERÍODO DE PRÁCTICAS (INICIO – FIN) | HORAS TOTALES | OBJETIVOS |
|  |  |  |  |  |

MURCIA, a (fecha)

EL DIRECTOR/A