|  |  |
| --- | --- |
| **CURSO ACADÉMICO PARA EL QUE REALIZA LA SOLICITUD** | **/** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE** (1)Por favor, indique sus datos en mayúsculas. | | | | |
| NOMBRE Y APELLIDOS: | | | | |
| Nº DNI/TIE/PASAPORTE | | | | |
| DOMICILIO: | | | | |
| LOCALIDAD: | PROVINCIA: | | | CP: |
| TELÉFONO MÓVIL (Obligatorio): | | | TELÉFONO FIJO: | |
| CORREO ELECTRÓNICO (Obligatorio): | | CUENTA DE SKYPE: | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **SOLICITUD DE PRÁCTICAS DEL ESTUDIANTE**. Por favor, marque con una las prácticas que solicite: | |
| **Grado en Psicología** | |
| 40204GS | PRÁCTICAS EXTERNAS (12 CRÉDITOS) |

|  |  |
| --- | --- |
| **CERTIFICADO DE DELITOS DE NATURALEZA SEXUAL:** | |
| De conformidad con lo previsto en el apartado 5 del artículo 13, de la vigente Ley 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor:  «*5.* ***Será requisito para el acceso y ejercicio a las profesiones, oficios y actividades que impliquen contacto habitual con menores****, el no haber sido condenado por sentencia firme por algún delito contra la libertad e indemnidad sexual, que incluye la agresión y abuso sexual, acoso sexual, exhibicionismo y provocación sexual, prostitución y explotación sexual y corrupción de menores, así como por trata de seres humanos.* ***A tal efecto, quien pretenda el acceso a tales profesiones, oficios o actividades deberá acreditar esta circunstancia mediante la aportación de una certificación negativa del Registro Central de delincuentes sexuales.***»  Le informamos de que, con carácter previo al inicio de las prácticas curriculares obligatorias para obtener el título oficial de Grado, es requisito imprescindible solicitar y entregar en el centro de prácticas en el que las vaya a realizar un certificado negativo expedido por el Registro Central de delincuentes sexuales. | |
| Dispone de información detallada sobre esta cuestión y sobre los trámites a seguir en la página web del Ministerio de Interior, en el siguiente enlace:  <http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/es/ciudadanos/tramites-gestiones-personales/certificado-delitos> | **Leído y conforme. Fecha y firma** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CENTROS DE PRÁCTICAS CON LOS QUE LA UCAV TIENE CONVENIOS DE PÁCTICAS ESTABLECIDOS (2)**  El estudiante debe numerar de 1 a 4 el orden de preferencia de los centros de prácticas. | | | |
| **Código Centro** | **DENOMINACIÓN DEL CENTRO DE PRÁCTICAS** | **Provincia** | **Orden de Preferencia** |
| **1** | Complejo Asistencial de Ávila | Ávila |  |
| **2** | Complejo Asistencial de Segovia | Segovia |  |
| **3** | Fundación ASPAYM Castilla y León | Ávila |  |
| 4 | Asociación Abulense del Síndrome de Down | Ávila |  |
| 5 | Hospital Comarcal de Medina del Campo | Valladolid |  |
| 6 | Pronisa FEAPS Ávila | Ávila |  |
| 7 | AFMAVI (Asociación de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga) | Ávila |  |
| 8 | ADEMA (Asociación Esclerosis Múltiple Abulense) | Ávila |  |
| 9 | Asociación Autismo Ávila | Ávila |  |
| 10 | Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer | Ávila |  |
| 11 | Asociación de Parkinson APAVI | Ávila |  |
| 12 | Centro de Educación Especial Santa Teresa (Martiherrero) | Ávila |  |
| 13 | Asociación FAEMA Salud Mental | Ávila |  |
| 14 | Vistasol Residencias | Ávila |  |
| 15 | CLECE S.A. | Valladolid |  |
| 16 | Colegios de Ávila:  Colegio Diocesano Asunción de Nuestra Señora  Colegio Diocesano Pablo VI  Santísimo Rosario Mosén Rubí  Colegio Medalla Milagrosa  Colegio Purísima Concepción | Ávila |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Observaciones que el estudiante considere de interés:** | |
|  | |
| **Nombre del estudiante:**  **Fecha de la Solicitud:** | **Firma del estudiante:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ASIGNACIÓN DEL CENTRO DE PRÁCTICAS Y TUTOR:**  El Coordinador responsable de Prácticas, debe resolver la presente solicitud, fecharla y firmarla. | |
| Vista la solicitud formalizada por el estudiante, se acuerda asignarle el siguiente Centro de Prácticas y Tutor: | |
| **Centro de Prácticas:** | |
| **Datos del Centro:** | |
| Denominación del Centro: | |
| Localidad: | |
| Provincia: | |
| Persona de Contacto: | |
| Teléfono: | |
| E-mail: | |
| **Fecha de inicio propuesta para la realización de las prácticas en el Centro**: | |
| **Horas de prácticas a realizar por parte del alumno conforme al número de créditos ECTS:** | |
| **Tutor académico asignado:** | |
| **Nombre del Coordinador que resuelve:**  **Fecha de la Resolución:** | **Firma del Coordinador** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CENTROS DE PRÁCTICAS CON LOS QUE LA UCAV**  **NO TIENE CONVENIOS DE PÁCTICAS ESTABLECIDOS (2)**  El estudiante debe facilitar los datos del centro de prácticas a la UCAV para la gestión del oportuno Convenio de Prácticas. | | | | |
| **CENTRO 1** | | Denominación del Centro: | | |
| Localidad: | | |
| Persona de Contacto: | | |
| Teléfono: | | E-mail: |
| **CENTRO 2** | Denominación del Centro: | | | |
| Localidad: | | | |
| Persona de Contacto: | | | |
| Teléfono: | | E-mail: | |
| **CENTRO 3** | Denominación del Centro: | | | |
| Localidad: | | | |
| Persona de Contacto: | | | |
| Teléfono: | | E-mail: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Observaciones que el estudiante considere de interés:** | |
|  | |
| **Nombre del estudiante:**  **Fecha de la Solicitud:** | **Firma del estudiante:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ASIGNACIÓN DEL CENTRO DE PRÁCTICAS Y TUTOR:** El Coordinador responsable de Prácticas, debe resolver la presente solicitud, fecharla y firmarla. | |
| Vista la solicitud formalizada por el estudiante, se acuerda asignarle el siguiente Centro de Prácticas y Tutor: | |
| **Centro de Prácticas:** | |
| **Datos del Centro:** | |
| Denominación del Centro de Prácticas: | |
| Localidad: | |
| Provincia: | |
| Persona de Contacto: | |
| Teléfono: | |
| E-mail: | |
| **Fecha de inicio propuesta para la realización de las prácticas en el Centro**: | |
| **Horas de prácticas a realizar por parte del alumno conforme al número de créditos ECTS:** | |
| **Tutor académico asignado:** | |
| **Nombre del Coordinador que resuelve:**  **Fecha de la Resolución:** | **Firma del Coordinador** |