|  |  |
| --- | --- |
| **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** |