



## **ANEXO I: DOCUMENTO ACEPTACIÓN PRÁCTICAS ERASMUS Y/O ALUMNOS EXTRANJEROS**

D./D.a \_\_\_\_\_ profesional

que trabaja en la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol, que ocupa el

puesto de \_\_\_\_\_ en el área de \_\_\_\_\_

solicita la realización de prácticas de:

- Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_
- País: \_\_\_\_\_ Universidad Procedencia: \_\_\_\_\_
- Área/s donde realizará las prácticas:
  - o Área / Unidad 1: \_\_\_\_\_
  - o Fecha Inicio: \_\_\_\_\_ Fecha Fin: \_\_\_\_\_
  - o Nombre y Apellidos del tutor: \_\_\_\_\_
  - o Puesto del Tutor: \_\_\_\_\_
  - o Firma Autorización del Tutor: \_\_\_\_\_
  
- Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_
- País: \_\_\_\_\_ Universidad Procedencia: \_\_\_\_\_
- Área/s donde realizará las prácticas:
  - o Área / Unidad 2: \_\_\_\_\_
  - o Fecha Inicio: \_\_\_\_\_ Fecha Fin: \_\_\_\_\_
  - o Nombre y Apellidos del tutor: \_\_\_\_\_
  - o Puesto del Tutor: \_\_\_\_\_
  - o Firma Autorización del Tutor: \_\_\_\_\_
  
- Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_
- País: \_\_\_\_\_ Universidad Procedencia: \_\_\_\_\_
- Área/s donde realizará las prácticas:
  - o Área / Unidad 3: \_\_\_\_\_
  - o Fecha Inicio: \_\_\_\_\_ Fecha Fin: \_\_\_\_\_
  - o Nombre y Apellidos del tutor: \_\_\_\_\_
  - o Puesto del Tutor: \_\_\_\_\_
  - o Firma Autorización del Tutor: \_\_\_\_\_