

MODELO CONTINUIDAD DE PRÁCTICAS
UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE

Para incorporar a un estudiante en prácticas, es necesario formalizar el convenio correspondiente a la modalidad requerida, si el mismo no estuviera firmado.

Nº DE OFERTA:
(a cumplimentar por la Universidad)

■ DATOS ENTIDAD SOLICITANTE		
Nombre Entidad:		CIF:
Actividad de la Empresa:		
Domicilio:		
Localidad:	Provincia:	C.P.:
Persona de Contacto:		DNI:
Cargo:	Departamento:	
Teléfono:	E-mail:	
■ DESCRIPCIÓN DE LA OFERTA		
Nº de Plazas:	Duración: (especificar número de horas)	
	Fecha prevista de incorporación:	
	Turno:	
Titulación: SOCIOLOGIA		
PROYECTO FORMATIVO:		
<p>Competencias: <i>marque con una X las competencias que los estudiantes trabajaran en las prácticas, de acuerdo a sus estudios universitarios, así como las actividades que desempeñarán para adquirir la competencia.</i></p>		<p>Actividades para el desarrollo de las competencias:</p>
<input type="checkbox"/> Conocimiento y dominio de la metodología de las ciencias sociales y de sus técnicas básicas y avanzadas (cualitativas y cuantitativas) de investigación social, con especial atención al uso de las TIC.		
<input type="checkbox"/> Conocimiento y habilidades relacionadas con el trabajo de campo.		
<input type="checkbox"/> Responsabilidad profesional.		
<input type="checkbox"/> Atender e integrar la diversidad cultural en la práctica profesional.		
<input type="checkbox"/> Capacidad para oír y respetar la opinión de los clientes y colegas de profesión.		
<input type="checkbox"/> Compromiso con el respeto a los derechos humanos y la no discriminación.		
<input type="checkbox"/> Compromiso con la responsabilidad social.		
<input type="checkbox"/> Compromiso con los valores democráticos.		

<input type="checkbox"/> Compromiso ético.		
Lugar de realización de las prácticas		
Domicilio:		
Localidad:	Provincia:	C.P.:
¿Tiene habilitado un espacio profesional adecuado para el desarrollo de las competencias? SI:		NO:
¿Puede garantizar los recursos humanos y materiales necesarios para que el estudiante pueda desarrollar el proyecto y/o actividades acordadas en sus prácticas durante el próximo curso 2018/19? SI:		NO:
Nombre Tutor/a de la Práctica:		DNI:
Cargo:	Formación Académica:	
E-mail:	Tlf.:	
▪ DATOS ALUMNO/A		
Nombre y Apellidos:		DNI:
Teléfono:	e-mail:	
Titulación:		

(Fecha, Firma y Sello)

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre Protección de Datos de Carácter Personal, los datos personales serán incorporados a un fichero titularidad de la Universidad Pablo de Olavide, con la finalidad de gestionar prácticas externas. En cualquier momento podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y, en su caso, oposición, enviando una solicitud por escrito, acompañada de una fotocopia de su DNI, dirigida a: Universidad Pablo de Olavide, Autovía A376, km. 1, 41013, Sevilla