

## ANEXO X. CERTIFICADO ACREDITATIVO DE REALIZACIÓN DE PRÁCTICAS ACADÉMICAS EXTERNAS

### ESTUDANTE

Nome e apelidos		NIF
Teléfono		Enderezo electrónico
Campus		Facultade/Escola
Titulación		

### ENTIDADE COLABORADORA

NOME DA ENTIDADE	
------------------	--

### CARACTERÍSTICAS DA PRACTICA

Tipo de práctica	Curriculares <input type="radio"/>	Extracurriculares <input type="radio"/>	Curso
Modalidade	Presencial <input type="radio"/>	Telemática <input type="radio"/>	Semipresencial <input type="radio"/>
Período de realización	de	ata	Duración total (horas):

### PROXECTO FORMATIVO E FUNCIÓNS DESENVOLVIDAS

--

E, para que así conste, asino este documento para os efectos oportunos.

Lugar e data:

Nome, apelidos e sinatura

VISTO BO

Secretaría do centro

Titor/a académico/a