

**AUTORIZACIÓN PARA EL DESARROLLO DE LAS  
PRÁCTICAS EN ENTIDADES**

Don/ña: \_\_\_\_\_ mayor de edad con domicilio  
en \_\_\_\_\_

Con D.N.I. \_\_\_\_\_ desde de mi cargo de: \_\_\_\_\_

En la institución: \_\_\_\_\_

**AUTORIZO A:**

D./ Dña.: \_\_\_\_\_ con DNI : \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

mail: \_\_\_\_\_

A la realización de las prácticas del curso de \_\_\_\_\_ con código \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ desde el  
día: \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ en la actividad/es:

---

---

---

---

Y para que así conste lo firmo y sello la presente en:

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Firma: