|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Campo 1 DATOS DEL ESTUDIANTE**  APELLIDOS Y NOMBRE:  N.I.F.:  e-mail: | | | **Campo 2 DATOS DEL CENTRO DE LA UEx Y TITULACIÓN**  FACULTAD/ESCUELA (UEx):  TITULACIÓN (UEx): | | | |
| **Campo 3**  ASIGNATURA DE LA UEx PARA LA QUE SOLICITARÁ RECONOCIMIENTO ACADÉMICO (DEBERÁN MATRICULARSE COMO ASIGNATURAS DE MOVILIDAD) | | | **Campo 4**  PRÁCTICAS FORMATIVAS REALIZADAS POR LAS QUE SOLICITARÁ RECONOCIMIENTO ACADÉMICO | | | |
| **Código** | **DENOMINACIÓN** | **ECTS** | **EMPRESA/ INSTITUCIÓN**  **(PAÍS)** | **PRÁCTICAS A REALIZAR** | **Nº de horas o de créditos** | **Fecha inicio y fin de estancia** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Campo 5** SOLICITA ÚNICAMENTE LA INCORPORACIÓN AL SUPLEMENTO EUROPEO AL TÍTULO DE LAS PRÁCTICAS FORMATIVAS REALIZADAS (NO SOLICITARÁ RECONOCIMIENTO ACADÉMICO COMO PRÁCTICAS CURRICULARES) | | | | | | |
| **OBSERVACIONES:** | | | | | | |
| El estudiante para el que se expide el presente documento se compromete a **matricular** como **asignaturas** de movilidad en la Universidad de Extremadura las relacionadas en la Tabla en el **Campo 3** y a realizar **prácticas formativas en la empresa/institución** que se indica en el **Campo 4.** El reconocimiento de las actividades prácticas realizadas y su calificación se llevará a cabo según el procedimiento establecido por la Comisión de Programas de Movilidad del Centro donde el estudiante se encuentre matriculado. En el caso de **NO** solicitar reconocimiento académico de las actividades prácticas realizadas, marcar el **Campo 5.** FIRMA DEL COORDINADOR ACADÉMICO DE PROGRAMAS DE MOVILIDAD FIRMA DEL ESTUDIANTE **NOMBRE: FECHA: NOMBRE: FECHA:** | | | | | | |