

**SOLICITUD DE INFORMACIÓN PARA LA TRAMITACIÓN DEL CONVENIO DE COOPERACIÓN EDUCATIVA PARA LA REALIZACIÓN DE PRÁCTICAS ACADÉMICAS EXTERNAS CURRICULARES POR LOS ESTUDIANTES DE GRADO Y MÁSTER OFICIALES DE LA UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA**

**1. Identificación de la Entidad Colaboradora:**

Nombre o razón social*:	CIF/NIF*:
Forma jurídica*:	
Domicilio*:	
Población*:	
Provincia*:	
Código postal*:	

**2. Identificación del Representante:**

Nombre y Apellidos*:	
DNI*:	Cargo*:

**3. Datos persona de contacto:**

Nombre y Apellidos*:
Teléfono*:
Email*:
Dirección postal*:

**4. Facultades con las que desea formalizar convenio\*:**

<input type="checkbox"/> Escuela Técnica Superior de Arquitectura <input type="checkbox"/> Escuela Universitaria Adscrita de Turismo de Lanzarote <input type="checkbox"/> Escuela de Ingeniería de Telecomunicación y Electrónica <input type="checkbox"/> Escuela de Ingenierías Industriales y Civiles <input type="checkbox"/> Estructura Teleformación ULPGC <input type="checkbox"/> Facultad de Economía, Empresa y Turismo <input type="checkbox"/> Facultad de Ciencias Jurídicas <input type="checkbox"/> Facultad de Ciencias de La Salud <input type="checkbox"/> Facultad de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte <input type="checkbox"/> Facultad de Ciencias del Mar <input type="checkbox"/> Facultad de Filología <input type="checkbox"/> Facultad de Ciencias de la Educación <input type="checkbox"/> Facultad de Geografía e Historia <input type="checkbox"/> Facultad de Informática <input type="checkbox"/> Facultad de Traducción e Interpretación <input type="checkbox"/> Facultad de Veterinaria <input type="checkbox"/> I. U.de Sanidad Animal y Seguridad Alimentaria
--