



CARTA D'ACCEPTACIÓ DEL CENTRE
PRÀCTIQUES MÀSTER EN PSICOPEDAGOGIA

En/na,

[] responsable del centre

[] director de l'escola

(nom centre/escola)

accepto que l'estudiant

(nom estudiant) amb DNI,

(carrer/av.).....(núm).....(pis/porta).....

(població) CPprovíncia de

(telèfon) e-mail (UdL):.....@alumnes.udl.cat

pugui fer les pràctiques del màster durant el proper curs/..... a

Nom centre/escola:.....

Institució (si s'escau):.....

ZER (si s'escau):.....

Adreça:.....

Localitat:..... CP:.....Província:.....

Telèfon centre:..... E-mail centre:.....

Responsable de les pràctiques al centre:

(nom i cognoms).....(nif).....

(telèfon).....(correu electrònic).....

Professional que tutoritzarà les pràctiques:

(nom i cognoms).....(nif).....

(telèfon).....(correu electrònic).....

Signatura	Segell del centre/escola

....., de de