



Compromiso de Reconocimiento de la Práctica

TRAINING AGREEMENT

Datos del estudiante

Curso académico: 2019 / 2020

NOMBRE:
APELLIDOS:
DNI:

Universidad de Valladolid - Centro

Empresa / Institución de acogida.....

Ciudad..... País.....

Una vez concluido satisfactoriamente el programa de formación, el Centro reconocerá el periodo de formación por:

.....

Institución de origen

**Firma del Coordinador de Relaciones
Internacionales**

Fecha:

Sello:

Firma del coordinador institucional

Fecha:

Sello:

Firma del estudiante:

ATENCIÓN:

- Original para el Coordinador de Relaciones Internacionales del Centro
- El alumno debe quedarse con una copia de este documento
- **MUY IMPORTANTE:** Adjuntar otra copia de este documento al impreso de matrícula en la Secretaría de tu Centro