**PRÁCTICAS PRESENCIALES EN EMPRESA**

**DECLARACIÓN RESPONSABLE DE ACEPTACIÓN VOLUNTARIA DE LAS MEDIDAS DE SALUD FRENTE AL COVID-19**

**TITULACIÓN**

Grado o Máster:

**FECHA INICIO y FIN DE PRÁCTICAS:**

**DATOS DEL ESTUDIANTE EN PRÁCTICAS**

Nombre y apellidos:

NIF:

Teléfono de contacto:

E-mail de contacto:

**DATOS DE LA ENTIDAD DE ACOGIDA (Empresa o Entidad)**

Nombre de la empresa o entidad:

Tutor de la Empresa:

Teléfono de contacto:

E-mail del Tutor Empresa:

**DATOS DEL TUTOR ACADÉMICO DE LA UVa**

Nombre y apellidos:

Teléfono de contacto:

E-mail de contacto:

Por la presente, las Partes se comprometen a respetar las medidas de salud pública existentes frente al COVID-19 y el Protocolo de Seguridad de la empresa o Entidad de acogida para la realización de Prácticas en Empresa.

Se adjunta como ANEXO a esta Declaración el Protocolo de Seguridad Específico de la Entidad de acogida del alumno.

En Valladolid, a

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vº Bº de las Partes** | | |
| **El Estudiante en Prácticas**  **Fdo.:** | **El Tutor de Empresa o Entidad**  **Fdo.:** | **El Tutor Académico de la UVa**  **Fdo.:** |