

ANEXO 1

**SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS FORMATIVAS
NO REMUNERADAS ANTERIORES A 1 DE ENERO DE 2024**

1º Apellido	2º Apellido	Nombre	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
D.N.I./N.I.E./Pasaporte	Domicilio a efectos de notificaciones		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Población	Provincia	Código Postal	Teléfono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono móvil	Dirección de correo electrónico (e-mail)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Titulación donde cursó las asignaturas de prácticas formativas no remuneradas:			
<input type="text"/>			

SOLICITA que se certifiquen los periodos de duración de las prácticas y el número de días de prácticas realizados en las asignaturas de prácticas formativas no remuneradas indicadas a continuación a los efectos de suscripción de convenio especial con la Seguridad Social:

Asignatura

Curso

En _____, a ____ de _____ de _____
Firma

Sr./Sra. Decano-a/Director-a _____