



AUTORITZACIÓ. PRÀCTICUM GRAU D'EDUCACIÓ INFANTIL

Nom i cognoms: _____

DNI: _____

En no poder assistir a la reunió d'assignació de centres formadors.

AUTORITZA a:

Nom i cognoms: _____

DNI: _____, a fer el següent tràmit.

- L'autoritzat/a tindrà potestat per escollir el centre de pràctiques d'Educació Infantil i l'interessat/da acceptarà la seva decisió.

Lloc i data: _____

Signatura de la interessada/l'interessat,

Signatura de la persona autoritzada,