

## AUTORIZACIÓ D'ELECCIÓ DEL CENTRE FORMADOR DE PRÀCTIQUES

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 formació segons la llista de prioritització d'aquesta autorització i l'interessat/da acceptarà la seva decisió.
- Aquesta autorització s'ha d'enviar en PDF al coordinador/a de la modalitat del grau. La data límit de presentació d'aquesta d'autorització ha de ser 24h abans de l'assignació.

### Llista de prioritització de centres de formadors:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

Lloc i data: \_\_\_\_\_

Signatura de la interessada/l'interessat,

Signatura de la persona autoritzada,