



**FORMULARI DE REALITZACIÓ DE PRÁCTICAS DOCENTES, VISITES I EIXIDES
FORA DEL CAMPUS UNIVERSITARI**

NOM DE LA ASSIGNATURA:

TITULACIÓ:

CURS:

DATA I DURACIÓ:

ITINERARI:

OBJECTIUS DE LA EIXIDA:

RELACIÓ DE PROFESSORS QUE REALITZARAN LA EIXIDA:

NOM I COGNOMS	DNI

RELACIÓ DE ALUMNES QUE REALITZARÁN LA EIXIDA:

NOM I COGNOMS	DNI

Signat _____

Autoritzat per un membre del equip directiu del Departament.