**FORMULARIO NUEVOS CENTROS DE PRÁCTICAS DE ESTANCIAS CLINICAS**

**GRADO EN FISIOTERAPIA**

**1. DATOS GENERALES** *(rellene los recuadros en blanco)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la empresa** |  | | | | | | | |
| **Nombre comercial** |  | | | | | | | |
| **Tipo de entidad**  *(indique la que corresponda)* | ***Autónomo*** |  | ***Sociedad Limitada (SL)*** | |  | ***Sociedad Anónima (SA)*** | |  |
| ***Asociación/Club deportivo/ONG*** |  | ***Fundación*** | |  | ***S. Cooperativa*** | |  |
| ***Comunidad de Bienes (CB)*** |  | ***Sociedad Agraria de Transformación (SAT)*** | |  | ***Unión Temporal de Empresas (UTE)*** | |  |
| ***Administración Pública*** |  | ***Otras entidades derecho público*** | |  | ***Otras (including non spanish companies)*** | |  |
| **Código de Identificación Fiscal (CIF/NIF)** |  | | | | | | | |
| **Dirección a efectos notificación** |  | | | | | | | |
| **Ciudad** |  | | | | | | | |
| **Código Postal - País** |  | | | | | | | |
| **Teléfono** |  | | | | | | | |
| **Correo electrónico** |  | | | | | | | |
| **Página web** |  | | | | | | | |
| **Actividad principal de la entidad/Fin social** |  | | | | | | | |
| **Nombre del representante legal de la entidad** |  | | | | | | | |
| **DNI del representante legal de la entidad** |  | | | ***Fecha de nacimiento*** | | |  | |
| **Cargo del representante** |  | | | | | | | |
| **Nº de Registro Sanitario Autonómico** |  | | | | | | | |
| **Nº de Registro Sanitario Nacional (CCN)** |  | | | | | | | |

**2. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO O UNIDAD DONDE EL ESTUDIANTE VA A REALIZAR LA ESTANCIA:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº de Fisioterapeutas del Centro** |  | | | |
| **Número aproximado de pacientes por día** |  | | | |
| **Procedencia de pacientes** | **Mutuas** | | SI / NO | |
| **Aseguradoras** | | SI / NO | |
| **Privados** | | SI / NO | |
| **Otros** | |  | |
| **Formación y especialidades de los tutores y que se desarrollen en el centro**  *(indique las que correspondan)* | **Terapia manual y osteopatía** |  | **Genito-urinaria y obstetricia** |  |
| **fisioterapia en pediatría** |  | **Cadenas musculares** |  |
| **geriatría** |  | **Ejercicio terapéutico** |  |
| **respiratoria** |  | **Técnicas invasivas** |  |
| **neurología** |  | **Deportiva** |  |
| **Otras: (indicar)** |  | | |
| **Describir cualquier característica o peculiaridad que considere que se deba conocer del centro (instalaciones, dotación, especialización, equipo multidisciplinar, criterios de calidad establecidos…)** |  | | | |

**HORARIO ACTIVIDAD**:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** |
| **Horario Mañana** |  |  |  |  |  |
| **Horario Tarde** |  |  |  |  |  |

**OBSERVACIONES:**

(Cualquier información relevante puede indicarla aquí)

|  |
| --- |
|  |

**3. DATOS DE LA ESTANCIA**

Periodos de prácticas en las que el centro estará disponible para aceptar estudiantes en prácticas del grado en fisioterapia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rotación** | **Periodo aproximado** | **Duración prevista** | **Acogerá alumnos en el periodo indicado** | **Nº de alumno que podría acoger en cada rotación**  *(según proceda)* |
| **Estancias II (4º Curso)** | Octubre-Noviembre | 26 días (156 h.) | SI / NO | \_\_\_ alumno/s mañanas  \_\_\_ alumno/s tardes |
| **Estancias III (4º Curso)** | Noviembre-diciembre | 25 días (150h.) | SI / NO | \_\_\_ alumno/s mañanas  \_\_\_ alumno/s tardes |
| **Estancias IV (4º Curso)** | Febrero-abril | 35 días (210 h.) | SI / NO | \_\_\_ alumno/s mañanas  \_\_\_ alumno/s tardes |
| **Estancias I (3º Curso)** | Abril-Mayo | 35 días (210 h.) | SI / NO | \_\_\_ alumno/s mañanas  \_\_\_ alumno/s tardes |

Debe asegurarse que con el horario del servicio de fisioterapia del centro el/los alumnos/as podrán realizar el total de horas previstas en las semanas que duran las estancias.

**4. Compromisos**

El representante declara:

* *Estar en posesión del documento acreditativo original de autorización y registro sanitario*
* *El tutor del centro debe ser un fisioterapeuta colegiado.*
* *El centro debe llevar en funcionamiento más de un año.*
* *Predisposición del centro de acoger alumnos en sucesivas ocasiones.*
* *Realizar la evaluación de los alumnos en los plazos que se indiquen*

PROTECCIÓN DE DATOS: El abajo firmante ACEPTA y da su consentimiento expreso a que en cumplimiento de lo dispuesto en el REGLAMENTO (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, los datos personales contenidos en este documento, así como en la documentación que se adjunta para participar en los programas de cooperación educativa de esta Universidad, con la única finalidad de tramitar, gestionar y resolver la participación conforme al procedimiento establecido en la misma. De acuerdo con lo previsto en la citada normativa, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, portabilidad y limitación del tratamiento en cuanto a los datos facilitados, dirigiendo un escrito a: Universidad Miguel Hernández de Elche, Servicio Jurídico, a la atención del Delegado de Protección de Datos, Edificio Rectorado y Consejo Social, Avda. de la Universidad S/N, 03202, Elche-Alicante. Asimismo, tiene derecho a recabar la tutela de la Agencia Española de Protección de Datos a través de su página web [www.agpd.es](http://www.agpd.es).

El/La cedente DECLARA que son ciertos todos y cada uno de los datos consignados en esta solicitud, que reúne las condiciones exigidas en programas de cooperación educativa

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firmado**

**5. Datos de los tutores**

(rellene tantas copias de esta hoja como sean necesarias)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** |  | **Apellidos** | |  |
| **Teléfono** |  | **Fecha de Nacimiento** | |  |
| **Nacionalidad** |  | **NIF/NIE/PASAPORTE** | |  |
| **Sexo (H/M)** |  | **Correo electrónico** | |  |
| **Centro de Trabajo** |  | | | |
| **Denominación del puesto de trabajo** | | |  | |
| **Titulación** | | |  | |
| **Nº Colegiado**  **(si procede)** | | |  | |

PROTECCIÓN DE DATOS: El abajo firmante ACEPTA y da su consentimiento expreso a que en cumplimiento de lo dispuesto en el REGLAMENTO (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, los datos personales contenidos en este documento, así como en la documentación que se adjunta para participar en los programas de cooperación educativa de esta Universidad, con la única finalidad de tramitar, gestionar y resolver la participación conforme al procedimiento establecido en la misma. De acuerdo con lo previsto en la citada normativa, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, portabilidad y limitación del tratamiento en cuanto a los datos facilitados, dirigiendo un escrito a: Universidad Miguel Hernández de Elche, Servicio Jurídico, a la atención del Delegado de Protección de Datos, Edificio Rectorado y Consejo Social, Avda. de la Universidad S/N, 03202, Elche-Alicante. Asimismo, tiene derecho a recabar la tutela de la Agencia Española de Protección de Datos a través de su página web www.agpd.es.

El/La cedente DECLARA que son ciertos todos y cada uno de los datos consignados en esta solicitud, que reúne las condiciones exigidas en programas de cooperación educativa

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firmado**