

Documento 2 – Finalización de Programa

D. / Dña. _____
 Coordinador/a de Personas con Diversidad de la Facultad de _____
 informa de que el/la estudiante D/Dña. _____ con DNI _____ y
 correo electrónico _____ del Grado/Máster/Doctorado en _____ y curso _____ ha realizado el Programa de Colaboración según la modalidad:

- A. Horas de Formación 10; Horas Actividad 90; Total Horas 100 Créditos 3
- B. Primer Cuatrimestre: Horas de Formación 10; Horas Actividad 40; Total Horas 50 Créditos 1,5
- C. Segundo Cuatrimestre: Horas de Formación 10; Horas Actividad 40; Total Horas 50 Créditos 1,5

Valoración de las actividades realizadas por el/la estudiante dentro del Programa y de la Memoria elaborada:

ACTIVIDADES	APTO/A <input type="checkbox"/>	NO APTO/A <input type="checkbox"/>
MEMORIA	APTO/A <input type="checkbox"/>	NO APTO/A <input type="checkbox"/>
VALORACIÓN FINAL	APTO/A <input type="checkbox"/>	NO APTO/A <input type="checkbox"/>
Observaciones:		

Propuesta de concesión de créditos _____

Madrid, a ____ de _____ del 2018/19

Firma:

El/La Coordinador/a Tutor/a

Información básica sobre protección de datos del tratamiento: Personas con Diversidad Funcional	
Responsable	Delegación para la Unidad de Apoyo a la Diversidad e Inclusión UCM
Finalidad	Información, atención, inclusión y apoyo a estudiantes y personal con diversidad funcional
Legitimación	Consentimiento de las personas interesadas o afectadas
Destinatarios	Se prevén cesiones
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, explicados en la información adicional
Información adicional	Puede consultarla con detalle en nuestra página web: https://www.ucm.es/data/cont/docs/3-2018-03-06-Info-Adic-Pers-Divers-Funcional.pdf
<input type="checkbox"/> He leído la política de privacidad y expreso el consentimiento	

(A cumplimentar por el Coordinador, el estudiante que cursa el Programa y el estudiante beneficiario del mismo).

