



**IMPRESO DE SOLICITUDE DE CONVENIO
DE COOPERACIÓN EDUCATIVA**

DATOS PERSOAIS DO PROFESOR/A DA FACULTADE QUE SOLICITA A SINATURA DO CONVENIO:

Nome do Profesor/a: _____

TITULACIÓN: :

Extensión telefónica: _____ Teléfono de contacto: _____

E-MAIL: _____

DATOS DA ENTIDADE

AMBITO (saúde, menores, discapacidades, maiores, ocio, xuventude, educación adultos, animación sociocultural, consumo, inmigración, marxinación social...): _____

NOME

da

entidade:

Nome e Apelidos da Persoa que vai proceder á sinatura do Convenio:

Cargo que obtemta para se-lo representante legal da entidade:

**ACHEGAR O DOCUMENTO QUE CERTIFIQUE A REPRESENTACIÓN LEGAL DA ENTIDADE,
CONFORME A PERSOA É COMPETENTE PARA A SINATURA DE CONVENIOS.**

CIF/NIF (Da Entidade): _____

E-MAIL: _____

Teléfono: _____

ENDEREZO COMPLETO (Rúa, Localidade, **Código Postal** e Provincia): _____

Ourense, ____ de _____ de 200__.
O/A profesor/a da Facultade, solicitante do convenio.

Asdo.: _____

ILMO. SR. DECANO DA FACULTADE

Edificio Facultades, 4º andar • Teléfono 988 38 71 70 • Fax 988 38 71 59 • 32004 Ourense

