**PLAN DE PRÁCTICAS EXTERNAS. GRADO EN TRABAJO SOCIAL.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | IRIS | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apellidos | VALERO CUESTA | | | | | | | | | | | | | | | |
| DNI | 51459133Z | | | | | | | | Fecha de nacimiento | | | | | | 30/12/1981 | |
| Domicilio | OLIMPIADA 1 8ºF IZDA | | | | | | | | | | | | | | | |
| Localidad | ALCORCÓN | | | | | | | | Código postal | | | | | 28923 | | |
| Teléfono fijo | NO TENGO | | | | | | | | Teléfono móvil | | | | | 655189587 | | |
| E-mail UNED | IVALERO16@ALUMNO.UNED.ES | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATOS ACADÉMICOS DEL ESTUDIANTE:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estudios que cursa | | | GRADO DE TRABAJO SOCIAL | | | | | | | | | | | | | |
| Curso | | | | | | | | 4º | | | | | | | | |
| Centro Asociado | | | | | | | | MADRID SUR/ ALCORCÓN | | | | | | | | |
| Actividad formativa | | | | | | | | Prácticas académicas | | | | | | | | |
| Número de créditos | | | | | | | | 19 ECTS | | | | | | | | |
| Marcar con una cruz la opción (A o B) elegida | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| OPCIÓN A (285 horas) | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| OPCIÓN B (200 horas + Proyecto de intervención social) | | | | | | | | X | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATOS DEL PROFESOR-TUTOR DEL CENTRO ASOCIADO:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre y Apellidos | | | | CONCEPCIÓN CASTRO CLEMENTE | | | | | | | | | | | | |
| Fecha y horario tutoría | | | | JUEVES 18:30 | | | | | | | | | | | | |
| Centro Asociado | | | | UNED MADRID SUR /ALCORCÓN | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono | | | | 916431218 | | | E-mail | | | | CONCASTRO@MADRIDSUR.UNED.ES | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATOS DEL TUTOR DE PRÁCTICAS DEL CENTRO** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre y Apellidos | | | | MANUELA RUIZ-ORTEGA CASTRO | | | | | | | | | | | | |
| DNI | | | | 02218306W | | | | | | | | | | | | |
| Puesto de trabajo | | | | TRABAJADORA SOCIAL | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Centro Prácticas y dirección | | | | HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono | | | | 665198957 | | | E-mail | | | | manuela.ruizortega@salud.madrid.org | | | | | |
| **PRÁCTICAS:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Duración  (opción A o B): | | B | | | | Fecha inicio: | | | | 17/02/2025 | | | Fecha final: | | |  |
| Horario de prácticas: | | TARDES DE 17H-21H Y SÁBADOS POR LAS MAÑANAS (DÍAS ALTERNOS) | | | | | | | | | | | | | | |
| Actividades/tareas: | | * Diagnóstico social * Valoración de casos * Intervención social con pacientes de urgencias. * Coordinación interna y externa * Información sobre recursos y prestaciones. * Prevención de factores de riesgo en familiares de pacientes. * Realización de entrevistas, registros e informes sociales. * Gestión y atención telefónica. | | | | | | | | | | | | | | |
| Lugar de realización: | | URGENCIAS DEL HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN | | | | | | | | | | | | | | |
| Observaciones: | | El estudiante el primer día de su incorporación al Centro de prácticas deberá entregar al Tutor de Prácticas del Centro:   1. **Plan de Prácticas, cumplimentado y firmado a tres bandas** (una por el Profesor Tutor del Centro Asociado (para alumnos en el extranjero lo firmará una de las profesoras del Equipo Docente de la asignatura). Tiene que estar explicitado de forma clara y rotunda (para que no haya equivocaciones) la modalidad A ó B escogida por cada estudiante. 2. **2. Guía de la asignatura de Prácticas. Curso 2022-2023** | | | | | | | | | | | | | | |
| **CONFIDENCIALIDAD:**  Los abajo firmantes, tanto estudiantes como tutores/as de prácticas, suscriben con este documento el compromiso de confidencialidad y de protección de datos de carácter personal en los siguientes términos:   * Que reconocen como esencial la confidencialidad y reserva del contenido de toda la documentación e información derivada de la actividad desarrollada en el Centro de prácticas. * Que asumen que la infracción del mantenimiento de la confidencialidad y reserva de la Información, así como la de las obligaciones abajo asumidas, puede suponer una falta muy grave y motivo de exclusión del programa de Formación.   **Obligaciones asumidas:**   1. Seguir los principios deontológicos de la profesión y cumplir el Plan de Prácticas establecido con la mayor responsabilidad. 2. Mantener la información referida al Centro de Prácticas, en estricta confidencialidad. 3. Utilizar la información y la documentación generada en las prácticas, únicamente para la elaboración de los Documentos requeridos en el proceso didáctico de la asignatura.   Que el presente Compromiso se regirá e interpretará con arreglo a lo dispuesto en la legislación española vigente que le resulte de aplicación.  **Protección de datos:**  Las partes firmantes se comprometen a someterse y cumplir los requerimientos establecidos en la normativa de aplicación a la materia, esto es Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y 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 y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE.  En prueba de conformidad firman el presente documento: en Madrid a | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vº Bº Profesor/a Tutor/a del Centro Asociado  Fdo.: | | | | | Vº Bº Tutor/a de Prácticas (Centro Colaborador de Prácticas)  Fdo.: | | | | | | | El/la: Estudiante:  Fdo.: | | | | |