

SOLICITUD DE ACTIVIDADES PRÁCTICAS EN INSTITUCIONES DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE INVESTIGACIÓN EN PERÍODO NO LECTIVO

Junto a esta solicitud debe presentarse la carta de autorización de la Institución Sanitaria.

NOMBRE:		
APELLIDOS:		
CURSO Y HOSPITAL:		
DNI	Teléfono:	Correo electrónico:
DOMICILIO: C/.	Nº	PISO
C.P.:	LOCALIDAD	
PROVINCIA:		

	SI	NO
Presenta carta de autorización de la Institución Sanitaria		
Nombre de la institución sanitaria o de investigación:		
Tiempo de estancia:		
Servicio hospitalario:		
Tutor responsable:		

Alcalá de Henares, a de de 20

(firma del interesado)

ILMO. SR. DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD.-