



PRÁCTICAS CLÍNICAS

Solicitud de recuperación de
faltas de asistencia

Centro de Enfermería



“Virgen de la Paz”
Adscrito a la Universidad de Málaga

Datos personales del alumno/a

Apellidos: _____

Nombre: _____ DNI: _____

Código de matrícula: _____ Curso: _____ Grupo: _____

Falta de asistencia

Unidad o Servicio: _____

Centro: _____

Motivo de la falta: _____

Aporta justificante Si: _____ No: _____.

Fecha de la falta: _____ Horario: _____ a _____

Recuperación

Unidad o Servicio: _____

Centro: _____

Fecha de la recuperación: _____ Horario: _____ a _____

Nombre y apellidos del tutor/a: _____

DNI: _____ Firma: _____

Autorización responsable de Prácticas

Nombre y apellidos: _____

DNI: _____ Fecha: _____ Firma: _____