

 <p>UNIVERSIDAD DE MÁLAGA</p>	<p>PRÁCTICAS CLÍNICAS</p> <p>Solicitud de recuperación de faltas de asistencia</p>	<p>Centro de Enfermería</p>  <p>“Virgen de la Paz” Adscrito a la Universidad de Málaga</p>
--	---	---

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: _____