



## 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: \_\_\_\_\_