

**HOJA DE EVALUACIÓN DE ESTANCIAS PRÁCTICAS EN HOSPITALES DEPENDIENTES
DE LA UCM Y CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Prof./Profª. D./Dña. _____

Coordinador del Hospital/Centro: _____

HACE CONSTAR

Que el/la alumno/a D./ Dª. _____

con DNI _____,

que realiza el curso ____ del Grado de _____

ha realizado las estancias prácticas durante el periodo

de _____ a _____

en el Servicio de _____

del Hospital _____

Considera que el alumno ha realizado la Estancia Práctica con un nivel de participación:

- Excelente
- Adecuado
- Insuficiente

Fecha:

Fdo. _____

(nombre y apellidos del tutor y sello del centro)