



## SOLICITUD DE CERTIFICADO DE HORAS PRÁCTICAS

Diplomatura/Grado de: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos:			
DNI:			
Domicilio:			
Localidad:		Provincia:	
Código Postal:		Teléfono:	
Correo electrónico:			

### CENTROS HOSPITALARIOS EN LOS QUE HE REALIZADO LAS PRÁCTICAS:

1º	
2º	
3º	
3º	
5º	
6º	

### CENTROS DE SALUD EN LOS QUE HE REALIZADO LAS PRÁCTICAS:

1º	
2º	
3º	

Madrid, \_\_\_\_\_

Firma

**Esta solicitud carecerá de validez si no se abona el recibo correspondiente**

#### Para retirar el Certificado es necesario presentar:

- D.N.I. y recibo pagado y sellado por la entidad bancaria.

#### Para retirar el Certificado en nombre de otra persona, es necesario presentar:

- Autorización expresa firmada por el interesado
- Fotocopia DNI del interesado
- Original y fotocopia del DNI de la persona que lo retira

Fecha de Retirada Certificado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma:

#### A cumplimentar por la Secretaría

Fecha de emisión del Recibo:	
Fecha de cobro del Recibo	

ILMA. SRA. DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGIA