



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



CURSO ACADÉMICO 2018-2019

Prof./Profª. D./Dña.

Coordinador del Hospital/Centro:

HACE CONSTAR

Que el/la alumno/a D./ Dª.

con DNI _____, del Grado de _____

ha realizado las estancias prácticas durante el periodo de

_____ a _____

en el Servicio o servicios 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)