



SOLICITUD PARA REALIZAR PRÁCTICAS DE VERANO (PRÁCTICAS COMPLEMENTARIAS)

CURSO 2016/2017

APELLIDOS: _____

NOMBRE: _____ D.N.I.: _____

PLAN DE ESTUDIOS: Grado Medicina

DOMICILIO

Calle: _____ N° _____ Piso: _____

Localidad: _____ C.P.: _____

Teléfono : _____ correo electrónico: __UO_____

ASIGNATURAS QUE SOLICITA:

- Prácticas Complementarias I
 Prácticas Complementarias II

PLAZAS QUE SOLICITA (Por orden de preferencia)

	HOSPITAL / CENTRO DE SALUD	SERVICIO	MES
1 ^a			
2 ^a			
3 ^a			
4 ^a			
5 ^a			
6 ^a			

Oviedo, a _____ de _____ de 201

(Firma)

Indique si ha presentado otra solicitud Fuera de la Oferta y en ese caso señalar cual tendría preferencia
