



**REGISTRO DE ASISTENCIA**

Por favor, cumplimentar con frecuencia diaria o semanal, marcando con X los días de asistencia del estudiante. Aprobar semanalmente el registro con las firmas.

Año/Convocatoria:		Centro receptor:	
Estudiante:		F. Tutor:	

MES 1		DIAS DE LA SEMANA					FIRMA F. TUTOR	FIRMA ESTUDIANTE
		L	M	X	J	V		
SEMANAS	1							
	2							
	3							
	4							
	5							

MES 2		DIAS DE LA SEMANA					FIRMA F. TUTOR	FIRMA ESTUDIANTE
		L	M	X	J	V		
SEMANAS	1							
	2							
	3							
	4							
	5							

Envío al Profesor Asociado Fecha: \_\_\_\_\_

Observaciones sobre el cumplimiento del horario del estudiante:

Fdo: \_\_\_\_\_ Farmacéutico Tutor

Recibido por el Profesor Asociado Fecha: \_\_\_\_\_

Observaciones:

Revisado por: \_\_\_\_\_ Profesor Asociado



**REGISTRO DE ASISTENCIA**

Por favor, cumplimentar con frecuencia diaria o semanal, marcando con X los días de asistencia del estudiante. Aprobar semanalmente el registro con las firmas.

Año/Convocatoria:		Centro receptor:	
Estudiante:		F. Tutor:	

MES 3		DIAS DE LA SEMANA					FIRMA F. TUTOR	FIRMA ESTUDIANTE
		L	M	X	J	V		
SEMANAS	1							
	2							
	3							
	4							
	5							

MES 4		DIAS DE LA SEMANA					FIRMA F. TUTOR	FIRMA ESTUDIANTE
		L	M	X	J	V		
SEMANAS	1							
	2							
	3							
	4							
	5							

Envío de copia al Profesor Asociado: Fecha: \_\_\_\_\_

Observaciones sobre el cumplimiento del horario del estudiante:

Fdo: \_\_\_\_\_ Farmacéutico Tutor

Recibido por el Profesor Asociado Fecha: \_\_\_\_\_

Observaciones:

Revisado por: \_\_\_\_\_ Profesor Asociado



**REGISTRO DE ASISTENCIA**

Por favor, cumplimentar con frecuencia diaria o semanal, marcando con X los días de asistencia del estudiante. Aprobar semanalmente el registro con las firmas.

Año/Convocatoria:		Centro receptor:	
Estudiante:		F. Tutor:	

MES 5	DIAS DE LA SEMANA					FIRMA F. TUTOR	FIRMA ESTUDIANTE
	L	M	X	J	V		
SEMANAS	1						
	2						
	3						
	4						
	5						

MES 6	DIAS DE LA SEMANA					FIRMA F. TUTOR	FIRMA ESTUDIANTE
	L	M	X	J	V		
SEMANAS	1						
	2						
	3						
	4						
	5						

Envío de copia al Profesor Asociado Fecha: \_\_\_\_\_

Observaciones sobre el cumplimiento del horario del estudiante:

Fdo: \_\_\_\_\_  
Farmacéutico Tutor

Recibido por el Profesor Asociado Fecha: \_\_\_\_\_

Observaciones:

Revisado por: \_\_\_\_\_  
Profesor Asociado