



## INFORME DEL PROFESOR ASOCIADO

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Profesor/a Asociado/a encargado/a de las Prácticas Tuteladas en

Oficina de Farmacia

Servicio de Farmacia Hospitalaria

Nombre de la Oficina de Farmacia/Hospital: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

C/P \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

en cumplimiento de la Normativa del Programa de Prácticas Tuteladas,

**INFORMA:** Que el/la estudiante de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Salamanca

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

ha realizado la estancia de Prácticas Tuteladas durante el período \_\_\_\_\_

con un aprovechamiento de la misma que se refleja en la siguiente:

**Calificación numérica** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del Profesor/a Asociado/a