



INFORME DEL FARMACÉUTICO TUTOR

D./D^a _____

Farmacéutico/a tutor/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^a _____

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 farmacéutico/a tutor/a