



DOCUMENTO DE PRESENTACIÓN, INCORPORACIÓN Y COMPROMISO HORARIO

D/D^a _____ D.N.I.: _____
Calle _____
Nº _____ Piso _____ Teléf.: _____ C.P.: _____
Localidad _____ Provincia _____
estudiante de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Salamanca.

SE COMPROMETE a seguir el Programa de Enseñanza de Prácticas Tuteladas en

Farmacia Comunitaria

Servicio de Farmacia Hospitalaria

Farmacia Comunitaria/Hospital: _____

Dirección: _____

Localidad: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Salamanca a _____ de _____ de _____
Firma estudiante

COMPROMISO HORARIO *

	Mañana	Tarde
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

*Total 35 horas semanales

Farmacéutico/a tutor/a: D./D^a _____

comunica que el/la estudiante D./D^a _____

se ha incorporado a la Oficina de Farmacia/Servicio de Farmacia Hospitalaria el día ____ de _____ de _____.

En _____, ____ de _____ de _____

Firma del farmacéutico/a tutor/a

Vº Bº

Profesor/a Asociado/a