

REGISTRO DE INCIDENCIAS

(Campos en gris: a rellenar por la Facultad de Farmacia)

Año/Convocatoria	Incidencia N°

COMPLETADO POR:	FECHA:
<input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Profesor asociado <input type="checkbox"/> Alumno <input type="checkbox"/> Otro:	
Descripción de la incidencia:	
<input type="checkbox"/> Se adjunta documentación:	

Analizó y trató la incidencia: (Nombre y Cargo)	Plazo:
Tratamiento y resultados:	
<input type="checkbox"/> Se adjunta documentación:	Fecha Y Firma (Cierre de la incidencia)