SOLICITUD PARA REALIZAR LAS PRÁCTICAS CURRICULARES FUERA DE CEUTA

|  |
| --- |
| **DATOS DEL SOLICITANTE (Obligatorio rellenar todos los campos para que sea válida la solicitud)** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PRIMER APELLIDO: Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | SEGUNDO APELLIDO: Haga clic aquí para escribir texto. | | |
| NOMBRE: Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | D.N.I. O PASAPORTE: | | |
| CORREO ELECTRÓNICO: @CORREO.UGR.ES | | | | DOMICILIO: Haga clic aquí para escribir texto. | | | | |
| Nº: Ha | PISO: Ha | | LETRA: Ha | | | POBLACIÓN: Ha | | |
| CÓDIGO POSTAL: Ha | | PROVINCIA: Ha | | | PAÍS: Ha | | TELÉFONO: Ha | MÓVIL: Ha |

|  |
| --- |
| Que estando matriculado en las prácticas (poner A, B y/o C) de (poner 3º o 4º).  EXPONE: (menos de 500 palabras) |
| SOLICITA: (menos de 500 palabras) |

RELLENAR POR ORDEN DE PREFERENCIA LOS DIFERENTES DESTINOS.

RELLENAR LA HOJA CORRESPONDIENTE AL CURSO EN EL QUE ESTÁ MATRICULADO.

# 4º CURSO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TIPO DE PRÁCTICAS | ÁREAS DE GESTIÓN | ESCRIBIR EL ORDEN DE PREFERENCIA |
| **PRACTICAS C DE 4º** | C. A. 1 A. G. S. NORDESTE DE GRANADA (**BAZA**) | EJ:1 |
| ÁREA DE GESTIÓN SUR DE GRANADA (**ZONA** **MOTRIL Y ALREDEDORES**) | EJ:2 |
| HOSPITAL CRUZ ROJA CÓRDOBA |  |
| CLÍNICA SANTA ISABEL (SEVILLA) |  |
| HOSPITAL VITHAS MÁLAGA (Pendiente recibir número de plazas definitivo) |  |
| HOSPITAL VITHAS XANIT INTERNACIONAL (BENALMÁDENA) |  |
| HOSPITAL VITHAS GRANADA (Pendiente recibir número de plazas definitivo) |  |

EL/LA FIRMANTE ENTIENDE LAS CONDICIONES PARA QUE LA SOLICITUD SEA TRAMITADA.

FIRMA DEL SOLICITANTE

**EN ….. A …. DE …. DE ….**

**AUTORIDAD A LA QUE SE DIRIGE:** FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE CEUTA

# 3º y 4º CURSO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TIPO DE PRÁCTICAS | ÁREAS DE GESTIÓN | ESCRIBIR EL ORDEN DE PREFERENCIA |
| **PRÁCTICAS A** | C. A. 1 A. G. S. NORDESTE DE GRANADA **(BAZA)** | EJ: 1 |
| *CENTRO ASISTENCIAL H.A.R.* ***LOJA*** | EJ: 2 |
| *CENTRO ASISTENCIAL H.A.R.* ***GUADIX*** | EJ: 3 |
| ÁREA DE GESTIÓN SUR DE GRANADA (**MOTRIL)** | EJ:4 |
| GRUPO MÉDICO LÓPEZ CANO **(CÁDIZ)** | EJ:5 |
| HOSPITAL CRUZ ROJA CÓRDOBA |  |
| CLÍNICA SANTA ISABEL (SEVILLA) |  |
| HOSPITAL VITHAS MÁLAGA (Pendiente recibir número de plazas definitivo) |  |
| HOSPITAL VITHAS XANIT INTERNACIONAL (BENALMÁDENA) |  |
| HOSPITAL VITHAS GRANADA (Pendiente recibir número de plazas definitivo) |  |
|  | | |
| **PRACTICAS B** | C. A. 1 A. G. S. NORDESTE DE GRANADA (**BAZA**) | EJ:1 |
| ÁREA DE GESTIÓN SUR DE GRANADA (**ZONA** **MOTRIL Y ALREDEDORES**) | EJ:2 |
| C. A. 1 A. G. S. NORDESTE DE GRANADA (**GUADIX**) | EJ:3 |
| C. A. 1 A. G. S. NORDESTE DE GRANADA (**LOJA**) |  |
| RESIDENCIA VIRGEN DEL CARMEN (ESTEPONA)  **NECESARIO CARNET DE CONDUCIR** |  |
|  | Centro Médico “Vithas Rincón de la Victoria” (Málaga) |  |
|  |  |  |

EL/LA FIRMANTE ENTIENDE LAS CONDICIONES PARA QUE LA SOLICITUD SEA TRAMITADA.

FIRMA DEL SOLICITANTE

**EN ….. A …. DE …. DE ….**

**AUTORIDAD A LA QUE SE DIRIGE:** FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE CEUTA