



COMPROMISO TUTOR/A SFH - ESTUDIANTE

DATOS DEL ESTUDIANTE
Apellidos: _____ Nombre: _____
DNI: _____ Teléfono móvil: _____ E-mail: _____

SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA
Apellidos y nombre del Jefe/a del Servicio de Farmacia Hospitalaria _____
Hospital _____ Provincia _____

DATOS FARMACÉUTICO/A TUTOR/A
Apellidos: _____ Nombre: _____
DNI: _____ Teléfono móvil: _____ E-mail: _____

COMPROMISO HORARIO

La dedicación presencial por parte del estudiante debe ser de 35 horas semanales. Los estudiantes deberán cumplir dicho periodo de prácticas dentro de la franja horaria de 8:00 a 22:00 de lunes a viernes. Este periodo no incluye fines de semana ni festivos; asimismo, los alumnos no tendrán permitida la realización de guardias.

HORARIO que seguirá el alumno en el SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA:

	MAÑANA	TARDE
LUNES	_____	_____
MARTES	_____	_____
MIÉRCOLES	_____	_____
JUEVES	_____	_____
VIERNES	_____	_____

En _____, a ___ de _____ de _____

FIRMA DEL ALUMNO/A	FIRMA DEL JEFE/A DE SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA	FIRMA DEL FARMACÉUTICO/A TUTOR/A
Fdo _____	Fdo _____	Fdo _____