

SOLICITUD DE INTERRUPCIÓN DE LAS PRÁCTICAS EXTERNAS
POR TIEMPO INDEFINIDO

Apellidos, Nombre:	
DNI:	
Correo electrónico:	
Teléfono móvil:	

SOLICITA interrumpir la práctica por motivo justificado y por causa excepcional sobrevenida. Así mismo declaro que esta circunstancia ha sido previamente comunicada al Profesor/a Asociado/a de Ciencias de la Salud o tutor/a responsable del seguimiento y al Profesor/a responsable de la asignatura en mi campus.

Lugar de prácticas:	
Fecha de la última asistencia:	
Exposición de motivos (adjuntar justificante si procede)	

Cuenca, a.....de.....de 20.....

Fdo.:

SR./SRA. COORDINADOR/A DEL MÁSTER _____

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, le informamos de que los datos personales recogidos en este formulario no pasarán a formar parte de ningún fichero de la UCLM.