

**PRÁCTICAS CLÍNICAS DE GRADO DE MEDICINA  
FACULTAT DE MEDICINA I ODONTOLOGIA  
UNIVERSITAT DE VALÈNCIA  
FICHA ASISTENCIA PRACTICAS CLINICAS PARA EL  
ALUMNO 5º CURSO**

**Datos alumno/a**

Apellidos:

Nombre:

**ASIGNATURA: ENDOCRINOLOGÍA II**

Fechas período prácticas:

Hospital:

Grupo de Prácticas:

**CONTROL DE ASISTENCIA (firma del profesor y sello prof/Servicio)**

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES
1ª SEMANA				

**\*El alumno conservará la hoja de asistencia con las firmas como justificante de realización de las prácticas clínicas. NO SE DEBE ENTREGAR.**