

TITULACION (marcar con una X)

GRADO DE FARMACIA	
DOBLE GRADO F/NHD	

AVISO IMPORTANTE: Esta solicitud, una vez cumplimentada, se tiene que enviar por mail acnavarro@uv.es

D.N.I. _____

Nombre y Apellidos _____

Email UV _____ Teléfono _____

HOSPITALES OFERTADOS POR EL CENTRO:

Con Prof. Asociado:	Sin Prof. Asociado, pero ofertado por la Facultad
H. Arnau de Vilanova/Liria H. General H. Clínico H. Dr. Peset H. La Fe H. de Sagunto	Instituto Valenciano de Oncología Hospital de la Ribera de Alzira

NOTA:

- *El criterio para establecer el orden de asignación será la nota media del expediente académico.*
- *A partir del orden de asignación y de la preferencia manifestada, la distribución de la oferta se hará entre todos los hospitales del listado de manera proporcional al número de profesores asociados asistenciales que hay en cada uno.*
- *Se recomienda no solicitar hospitales con dudas graves por compatibilidad horaria, ubicación, etc...*

EXPONE: Que deseando realizar las **PRÁCTICAS TUTELADAS** en el **PRIMER SEMESTRE** del curso 2026/27.

EXPOSA: Que desitjant realitzar les **PRÀCTIQUES TUTELADES** al **PRIMER SEMESTRE** del curs 2026/27.

SOLICITA: Realizar las **prácticas en uno de los hospitales** que relaciono por orden de preferencia

DEMANA: Cursar les **pràctiques en un dels hospitals** que relacione per ordre de preferencia

1

2

3

4

5

6

7

8

Valencia, _____ de _____ de 202__
València d

Firma del estudiante