

**PRÁCTICAS CLÍNICAS DE GRADO DE MEDICINA
FACULTAT DE MEDICINA I ODONTOLOGIA
UNIVERSITAT DE VALÈNCIA
FICHA ASISTENCIA PRACTICAS CLINICAS PARA EL
ALUMNO 4º CURSO**

Datos alumno/a

Apellidos:

Nombre:

ASIGNATURA: PSIQUIATRIA

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.**