



Facultad de Farmacia de Albacete



**RECURSO A LA ADJUDICACIÓN DE OF y SFH PARA LA REALIZACIÓN
DE PRÁCTICAS TUTELADAS**

DATOS DEL ESTUDIANTE

Apellidos: _____

Nombre: _____ DNI: _____

Teléfono: _____ Teléfono móvil: _____

Email: _____

EXPONE

Documentos adjuntos:

SOLICITA

que se le tenga en cuenta dicho recurso en la evaluación de solicitudes con vistas al listado de adjudicación definitivo de Práctica Tuteladas.

En Albacete, a ____ de _____ del ____

Fdo: _____