

**SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN DE LA OFICINA DE FARMACIA EN LA
DOCENCIA DE PRÁCTICAS TUTELADAS**

OFICINA DE FARMACIA

Apellidos y nombre del Titular/es _____

Número de Farmacia _____ Provincia _____

Dirección _____

Localidad _____ Código postal _____

E-mail _____ Teléfono _____

Nivel de formulación magistral: 1 2 3 4

Periodo de rotación en el que elige acoger al alumno de prácticas:

- Primer rotatorio** (16 semanas).
GRUPO 1: Rotación Hospital – Rotación en Farmacia (noviembre a marzo).
- Segundo rotatorio** (16 semanas en el periodo de **enero a julio**).
El alumno podrá elegir entre los siguientes grupos de rotación:
GRUPO 2: Rotación Hospital – Rotación en Farmacia (marzo a julio)
GRUPO 3: Rotación en Farmacia (enero a marzo) – Rotación Hospital – Rotación en Farmacia (mayo a julio).
GRUPO 4: Rotación en Farmacia (enero a mayo) – Rotación Hospital.
- Indistintamente primer o segundo rotatorio**

Otros datos de interés: _____

EXPONE

Que desea participar como centro receptor de estudiantes de la asignatura Prácticas Tuteladas, de acuerdo al Convenio firmado entre la Universidad y el Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Castilla La Mancha.

En _____ , a ___ de _____ del _____

FIRMA DEL TITULAR Y SELLO DE LA OFICINA DE FARMACIA

Fdo _____