

ANEXO III

PRÁCTICAS CLÍNICAS

CONTROL DE ASISTENCIA

ALUMNO:

| | |
|---|--------|
| APELLIDOS Y NOMBRE: | |
| D.N.I. | CURSO: |
| PERIODO PRÁCTICO: | |
| CENTRO DE REALIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS: | |
| UNIDAD /SERVICIO : | |

| FECHA | Firma estudiante | Firma supervisora/or o enfermera/o |
|-------|------------------|---------------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

NOTAS:

1. En cada uno de los cuadros deberá figurar la fecha y la firma del alumno y de la supervisora/or o enfermera/o responsable de la unidad/centro salud.
2. En caso de retraso significativo, deberá ser reseñado.
3. En caso de falta de asistencia deberá figurar la fecha de la recuperación
4. **Entregar semanalmente** el control de asistencia en conserjería.

| FECHA | Firma estudante | Firma supervisora/or o enfermera/o | Recuperación |
|-------|-----------------|---------------------------------------|--------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |