



**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 \_\_\_\_\_