



COMPROMISO TUTOR/A OF - ESTUDIANTE

DATOS DEL ESTUDIANTE

Apellidos: _____ Nombre: _____
Teléfono móvil: _____ E-mail: _____

OFICINA DE FARMACIA

Apellidos y nombre del Titular/es _____

Localidad _____ Provincia _____

DATOS FARMACÉUTICO/A TUTOR/A

DNI: _____

Apellidos: _____ Nombre: _____

Teléfono móvil: _____ E-mail: _____

COMPROMISO HORARIO

La organización de las prácticas se regirá por el **calendario académico oficial del Grado en Farmacia**, y no por el calendario laboral del centro de prácticas.

La dedicación presencial del estudiante durante la rotación en oficina de farmacia será de **24 horas semanales**, que deberán realizarse de **lunes a jueves**, dentro de la franja horaria comprendida entre las 8.00 y las 22.00 horas. Este periodo de prácticas no incluye fines de semana ni días festivos y no está permitida la realización de guardias por parte del alumnado.

La asistencia del alumnado a exámenes y/o actividades académicas obligatorias de otras asignaturas del Grado no se considerará falta de asistencia a las prácticas, por lo que no será necesario recuperar las horas correspondientes cuando dicha asistencia coincida con el horario en el centro de prácticas.

HORARIO que seguirá el alumno en la OFICINA DE FARMACIA:

	MAÑANA	TARDE
LUNES	_____	_____
MARTES	_____	_____
MIÉRCOLES	_____	_____
JUEVES	_____	_____

En _____, a ___ de _____ de _____

FIRMA DEL ALUMNO/A	FIRMA DEL TITULAR Y SELLO DE LA OFICINA DE FARMACIA	FIRMA DEL FARMACÉUTICO/A TUTOR/A
Fdo _____	Fdo _____	Fdo _____