**ANEXO II: CERTIFICADO DEL TUTOR CLÍNICO**

Dr/a.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_colegiado en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con el número\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con el ejercicio profesional (especialidad médica) de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y tutor de la práctica.

DECLARO:

Que D/Dña.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_estudiante del Grado Medicina de la Facultad de Medicina de Albacete, con D.N.I./N.I.E. nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, desde el día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (fecha de inicio) a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (fecha fin), ha cumplido con el horario y ha realizado lasprácticas extracurriculares.

**Descripción de las actividades realizadas en las prácticas**

|  |
| --- |
|   |

Y para que conste expido el presente certificado.

En , a de de 2023

Fdo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Solicito el envío de un Certificado como Tutor Clínico a la siguiente dirección de e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .