ANEXO III

 **RELACIÓN DE ALUMNOS/AS**

Relación de alumnos/as acogidos al Convenio de Colaboración suscrito con fecha .... de ........................ de ….., entre ….. y el Servicio Murciano de Salud, para la realización de prácticas formativas por los/las alumnos/as de Formación Profesional.

DENOMINACIÓN Y CÓDIGO ASIGNADO EN EL RECDNU DEL CENTRO DOCENTE: ...............................................................................................................................................................

CIF DEL CENTRO:………………………………………………………………………………….

Dirección:.................................................................................... Tfno.: ...............................................

GRADO PROFESIONAL: ...................................................................................................................

CURSO ACADÉMICO: 20..... / 20......

CENTRO SANITARIO: ......................................................................................................................

Dirección................................................................................................... Tfno.: ..................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| APELLIDOS Y NOMBRE | D.N.I. / N.I.E. | N.º horas | Período de realización |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Profesor/a–tutor/a del centro docente: ...................................................................................................

Tutor/a del centro de trabajo:..................................................................................................................

En ............................ a ....... de ......................... de 20........

|  |  |
| --- | --- |
| Por el centro docente,EL/LA DIRECTORA/A | Por el centro sanitario,EL/LA COORDINADOR/A DE DOCENCIA |
|  |  |
| Fdo.:.......................................................... | Fdo.:............................................................. |