



FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRACTICA

NOMBRE Y APELLIDO: _____

PRACTICA SOLICITADA: _____

FUNDAMENTACION DE LO SOLICITADO: _____

HOSPITAL REGIONAL: SI ☐ NO ☐

FIRMA DEL DIRECTOR

HOSPITAL INDEPENDENCIA: SI ☐ NO ☐

FIRMA DEL DIRECTOR

C.I.S.B: SI ☐ NO ☐

FIRMA DEL DIRECTOR

CEPSI: SI ☐ NO ☐

FIRMA DEL DIRECTOR