

**SOLICITUD DE INTERRUPCIÓN DE PRÁCTICAS EXTERNAS
POR TIEMPO INDEFINIDO**

Apellidos, Nombre:	
DNI:	
Correo electrónico:	
Teléfono:	

SOLICITA interrumpir la práctica por motivo justificado y por causa excepcional sobrevenida. Así mismo declaro que esta circunstancia ha sido previamente comunicada al Profesor/a Asociado/a de Ciencias de la Salud o tutor/a responsable del seguimiento y al Profesor/a responsable de la asignatura.

Asignatura o asignaturas en curso:	
Lugares de prácticas:	
Fecha de la última asistencia:	
Exposición de motivos (adjuntar justificante)	

Firma:

Fecha:

A/A PROFESOR/A RESPONSABLE DE LA ASIGNATURA INDICADA

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, le informamos de que los datos personales recogidos en este formulario no pasarán a formar parte de ningún fichero de la UCLM.