

Desarrollo de competencias complementarias relacionadas con la Medicina

Certificado del tutor docente durante la actividad

Prof./^a Dr./Dra. D/D^a _____

Cargo: _____

Centro: _____ Localidad: _____

CERTIFICA:

Que el alumno _____

con DNI número _____ ha realizado la actividad (prácticas clínicas, investigación,
cooperación, etc.) _____ durante el

periodo _____ en horario de _____

en la Especialidad / Departamento / Servicio de _____

Del Hospital/Centro _____

Considera que el alumno ha realizado la actividad con un nivel de participación y cumplimiento:

(Excelente / Adecuado / Insuficiente) _____

Y una evaluación global considerando su actitud y la adquisición de competencias y habilidades

(Puntuación de 1 a 10): _____

Fecha: _____

Fdo.: D/D^a: _____

(nombre y apellidos del tutor y sello del centro)

Fdo.: Prof./-a: _____

(Coordinador de la Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza)