|  |
| --- |
| **DATOS DEL SOLICITANTE (Obligatorio rellenar todos los campos para que sea válida la solicitud)** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PRIMER APELLIDO: Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | SEGUNDO APELLIDO: Haga clic aquí para escribir texto. | | |
| NOMBRE: Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | D.N.I. O PASAPORTE: | | |
| CORREO ELECTRÓNICO: @CORREO.UGR.ES | | | | | DOMICILIO: Haga clic aquí para escribir texto. | | | |
| Nº: Ha | PISO: Ha | | LETRA: Ha | | | POBLACIÓN: Ha | | |
| CÓDIGO POSTAL: Ha | | PROVINCIA: Ha | | PAÍS: Ha | | | TELÉFONO: Ha | MÓVIL: Ha |

**ZONAS SANITARIAS A LOS QUE SE PUEDEN OPTAR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TIPO DE PRÁCTICAS | ÁREAS DE GESTIÓN | ESCRIBIR EL ORDEN DE PREFERENCIA  Dejar en blanco las que no se quieran seleccionar |
| **PRÁCTICAS A 4º** | C. A. 1 A. G. S. NORDESTE DE GRANADA **(BAZA)** | EJ: 1 |
| *CENTRO ASISTENCIAL H.A.R. (****LOJA)*** | EJ: 2 |
| *CENTRO ASISTENCIAL H.A.R. (****GUADIX)*** | EJ: 3 |
| ÁREA DE GESTIÓN SUR DE GRANADA (**MOTRIL)** | EJ:4 |
| GRUPO MÉDICO LÓPEZ CANO **(CÁDIZ)** | EJ:5 |
|  | | |
| **PRACTICAS B DE 4º** | C. A. 1 A. G. S. NORDESTE DE GRANADA (**BAZA**) | EJ:1 |
| ÁREA DE GESTIÓN SUR DE GRANADA (**ZONA** **MOTRIL Y ALREDEDORES**) | EJ:2 |
| C. A. 1 A. G. S. NORDESTE DE GRANADA (**GUADIX**) | EJ:3 |

EL/LA FIRMANTE ENTIENDE LAS CONDICIONES PARA QUE LA SOLICITUD SEA TRAMITADA.

FIRMA DEL SOLICITANTE

**EN ….. A …. DE …. DE ….**

**AUTORIDAD A LA QUE SE DIRIGE:** FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE CEUTA