LISTA DE ASISTENCIA

Nombre de la Empresa: _____

Nombre del Alumno y Alumna: _____

Periodo (mes y año): _____

Marcar con una X la actividad realizada:

Primera Práctica Clínica		Segunda Práctica Clínica		Tercera Práctica Clínica	
Cuarta Práctica Clínica		Estadía		Servicio social	

FECHA	HORA DE ENTRADA DE LA Y EL ALUMNO	HORA DE SALIDA DE LA Y EL ALUMNO	FIRMA DE LA Y EL ALUMNO	COMENTARIOS

LISTA DE ASISTENCIA

Nombre y Firma de la o el Encargado de Control

Fecha: ___/____/_____