



**COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS
DE LA PROVINCIA DE _____
CURSO _____**

D./D^a _____ Farmacéutico

Titular de la Farmacia ubicada en _____, provincia de _____ calle
_____, n^o _____, C.P. _____, Teléfono
_____, Colegiado en ejercicio en este Colegio Oficial con el n^o _____, e-mail
_____ desea participar en el programa de

“PRÁCTICAS TUTELADAS” en la Facultad de Farmacia de la Universidad de Sevilla, en la modalidad profesional de **OFICINA DE FARMACIA** como:

Tutor permanente

Tutor provisional (Para el presente curso académico)

Nombre/s del Farmacéutic@/s Adjunt@/s en quien desea delegar las funciones de Farmacéutic@

Tutor/a:

Indicar los periodos en los que desea participar: (Dada la mayor demanda de alumnos durante el 2^o semestre y en caso de seleccionar un único período, se ruega elijan el 2^o en la medida de lo posible.)

Primer semestre (del 15 de Octubre al 15 de Abril)

Segundo semestre (del 27 de Enero al 27 de Julio)

(Nótese que existe un solapamiento desde el 27 de Enero al 15 de Abril entre los dos semestres)

En, _____ a _____ de _____ de 20_____

Fdo: _____

Enviar este impreso debidamente cumplimentado al **Colegio Oficial de Farmacéuticos** de su provincia