



Facultad de Medicina
Anexo 2

GRADO DE FISIOTERAPIA
PRÁCTICAS TUTELADAS

COMUNICACIÓN DE BAJA

D./D.^a _____, responsable de los servicios de Fisioterapia del centro: _____ situado en la calle _____, Número _____, de la localidad _____, Provincia _____ Código Postal _____ Teléfono _____ e-mail _____

MANIFIESTA:

Su deseo de que los siguientes fisioterapeutas causen baja como tutores del centro en el desarrollo de la docencia de la asignatura de Prácticas Tuteladas:

- D./D.^a _____ Colegiado nº _____
- D./D.^a _____ Colegiado nº _____

Asimismo, manifiesta que desea que el centro CAUSE BAJA / SE MANTENGA (tache lo que NO proceda) como centro receptor de de la docencia de la asignatura de Prácticas Tuteladas

Murcia, a _____ de _____ de _____

Firma del responsable de Fisioterapia y sello del centro