**CERTIFICACIÓN DEL PRÁCTICUM CLÍNICO DE FISIOTERAPIA**

*(IMAGEN CORPORATIVA O EL LOGO DE LA EMPRESA)*

En el caso de que certifique el propio fisioterapeuta

D./Dña: …………………………………………………., con número de colegiado 0X (o con D.N.I. 00.000.000X), fisioterapeuta en el centro ………………….. (nombre del centro) CNN 1430xxxxxxx Código Autonómico de Autorización del Centro xxxxxxx REGCESS. Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

O en el caso de que certifique el gerente, el coordinador, el supervisor,…..

D./Dña: …………………………………………., con D.N.I. 00.000.000X, responsable de prácticas tuteladas en ………………….. (nombre del centro) CNN 1430xxxxxxx Código Autonómico de Autorización del Centro xxxxxxx REGCESS. Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Hace constar que D./Dña: ……………………………., con D.N.I. 00.000.000X, alumno/a del Grado en Fisioterapia de la Universidad de Murcia.

Ha realizado satisfactoriamente XX horas de prácticas curriculares en este centro, entre el 01/01/2018 y el 01/02/2018, con aprovechamiento de la asistencia a las mismas con cumplimiento de los fines del módulo práctico, desarrollando las especialidades que se detalla a continuación.

Especialidad:

1……. X horas

2……. X horas

Y para que conste a los efectos oportunos firmo el presente certificado.

En ……………………… a ………… de …………….. de 20….

 *(Nombre y sello del centro)*

Fdo.: D./Dª……………………