ACREDITACIÓN DE HORAS DE PRÁCTICAS PROFESIONALIZANTES

Escuela de Enfermería Profesional - Universidad de Buenos Aires

Datos del estudiante:

Nombre y apellido / DNI _____

Sede y año de la carrera _____

Datos del sanatorio _____

Día/s asignado/s _____

Fecha	Horario de ingreso y egreso	Total de horas	¿Alguna observación especial?	Supervisor/a Enfermeria Firma y sello