

**SOLICITUD DE INTERRUPCIÓN DE LAS PRÁCTICAS EXTERNAS  
POR TIEMPO INDEFINIDO**

<b>Apellidos, Nombre:</b>	
<b>DNI:</b>	
<b>Correo electrónico:</b>	
<b>Teléfono móvil:</b>	

**SOLICITA** interrumpir la práctica por motivo justificado y por causa excepcional sobrevenida. Así mismo declaro que esta circunstancia ha sido previamente comunicada al Profesor/a Asociado/a de Ciencias de la Salud o tutor/a responsable del seguimiento y al Profesor/a responsable de la asignatura en mi campus.

<b>Lugar de prácticas:</b>	
<b>Fecha de la última asistencia:</b>	
<b>Exposición de motivos (adjuntar justificante si procede)</b>	

Cuenca, a.....de.....de 20.....

Fdo.: .....

**SR./SRA. COORDINADOR/A DEL MÁSTER** \_\_\_\_\_

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, le informamos de que los datos personales recogidos en este formulario no pasarán a formar parte de ningún fichero de la UCLM.