



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante
Facultat de Ciències de la Salut
Facultad de Ciencias de la Salud

JUSTIFICANT D'ASSISTÈNCIA / JUSTIFICANTE DE ASISTENCIA

Estudiante: _____

Motiu/motivo:

Examen de _____

Classe de / Clase de _____

Pràctica de / Práctica de _____

Reunió amb / Reunión con _____

Tutoria /Tutoría _____

Dia /Día: _____

Hora inici /Hora inicio: _____

Hora finalització /Hora finalización: _____

Alacant/Alicante, a ____ de _____ de _____

El/la professor/a

El/la profesor/a

Signat / firmado: _____

(segell del departament / sello del departamento)