

**INFORME DE VIAJE DEL/LA SUPERVISOR/A  
CENTRO DE EXPERIENCIAS CLINICAS EDUCATIVAS**

**Nombre del Supervisor/a:** \_\_\_\_\_

**Especialidad:** \_\_\_\_\_

Candidato/a	Fecha	Escuela	Horario	Firma Maestro/a Cooperador/a

**Certifico que la información presentada es correcta.**

\_\_\_\_\_  
**Supervisor/a de experiencias clínicas educativas**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**