

**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