**SOLICITUD PARA LA REALIZACIÓN DEL PLAN FORMATIVO ALTERNATIVO DE PRÁCTICAS MAES POR SER ESTUDIANTE CON ENFERMEDAD DE RIESGO POR COVID19 QUE IMPIDE LA PRESENCIALIDAD DEL INTERESADO EN EL CENTRO EDUCATIVO DE PRÁCTICAS**.

Don/Doña:

Especialidad:

Con DNI:

Teléfono:

Correo electrónico:

**DECLARA:**

|  |
| --- |
| QUE PADECIENDO UNA ENFERMEDAD DE ENTRE LAS CATALOGADAS DE RIESGO, CON COVID-19  POR LA NORMATIVA VIGENTE AL RESPECTO, |

**SOLICITA:**

SEA TENIDO EN CUENTA PARA REALIZAR EL PLAN ALTERNATIVO PARA LA ASIGNATURA DE PRÁCTICAS EXTERNAS DEL MAES.

**IMPORTANTE**:

A ESTA SOLICITUD DEBERÁ ADJUNTARSE OBLIGATORIAMENTE EL CERTIFICADO DEL MEDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA O ESPECIALISTA CORREPONDIENTE, EN EL QUE SE INIDQUE EXPRESAMENTE, QUE SE PADECE UNA ENFERMEDAD DE ENTRE LAS CATALOGADAS DE RIESGO CON COVID-19, SIN NECESIDAD DE INDICAR CUAL, SEGÚN LA NORMATIVA VIGENTE AL RESPECTO, QUE IMPIDE LA PRESENCIALIDAD DEL INTERESADO EN EL CENTRO EDUCATIVO DE PRÁCTICAS.

Fdo.:

Sevilla a de octubre de 2020