



**UCAM**  
UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE MURCIA

**JUSTIFICANTE DE ASISTENCIA OBLIGATORIA**

**Universidad Católica de Murcia**  
Facultad de Farmacia y Nutrición

**Actividad presencial obligatoria, mediante asistencia personal:**

Alumno/a \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

Asignatura \_\_\_\_\_

Plan de Estudios del Título de \_\_\_\_\_

- Clases presenciales obligatorias.
- Prueba de evaluación consistente en desarrollo y resolución práctica,
- Examen final, consistente en “prueba escrita o práctica”
- Exposición y defensa de TFG / TFM / Tesis Doctoral

Día \_\_\_\_\_

Hora Inicio ..... h.      Duración: ..... horas.

En Aulas de la Universidad.

Murcia, a .....  
El/la Profesor/a.

documento válido con firma del Profesor/a  
(autoridad en el Aula)

Fdo. \_\_\_\_\_