



D^a **Mercedes Sánchez del Castillo**, Secretaria General de la Universidad Miguel Hernández de Elche, hace constar que:

- El Grado en Fisioterapia de esta universidad es una titulación oficial (BOE de 14 de enero de 2011) verificado por la AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN de conformidad con el Acuerdo de Consejo de Ministros de 8 de febrero de 2008 y la Orden CIN/2135/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Fisioterapeuta y aprobada por el Consejo de Universidades por Resolución de 19 de junio de 2009.
- Renovación de la acreditación del título universitario oficial de Graduado o Graduada en Fisioterapia por la Universidad Miguel Hernández de Elche (2501611), del 28 de abril de 2016
- Que el citado título figura en el Registro de Universidades, centros y Títulos, (RUCT) dependiente del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte con el código 2501611.
- Que en la Memoria de verificación del título se señala, junto con los datos de identificación global del título, que el plan de estudios prevé 42 ECTS de prácticas externas curriculares que deben ser realizadas en centros de salud, hospitales y otros centros asistenciales que permitan integrar todos los conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores, adquiridos en todas las materias y desarrollar todas las competencias profesionales, capacitando para una atención de fisioterapia eficaz y, con este fin, se aporta la evaluación de competencias del alumno efectuada por cada centro de prácticas.
- Que todos los centros donde se realizan las prácticas curriculares se corresponden con la tipología anterior, operando, si es el caso, bajo la normativa del ámbito de la salud y autorizaciones administrativas preceptivas en el lugar en el que están radicados y cuentan con convenio de cooperación firmado con la Universidad Miguel Hernández de Elche, incluido en registro adjunto a la Memoria de Grado correspondiente mencionada más arriba.
- Que según consta en la secretaría de esta Universidad, el alumno/a

APE1 APE2 NOM, con DNI/Pasaporte núm. XX.XXX.XXX

Ha sido alumno/a del Grado en Fisioterapia por la Universidad Miguel Hernández de Elche (**Plan de Estudios publicado en el BOE de fecha 30 de mayo de 2011**, Código 2501611) y ha completado de forma satisfactoria los 42 ECTS** correspondientes a prácticas externas del currículo oficial realizadas en los siguientes centros:

| | | | | | | | |
|--------------------------|----------------------------------|-------------------|----------------------------|------------------------|------------------|---------------------|-----------------|
| Nº EXP. CONVENIO | C-00XX/XX | | | Nº.EXP. PROGRAMA FORM. | A-XXXX/XX | | |
| CENTRO | Centro 1 | | | | | | |
| DIRECCIÓN | XXXXXXXX | | | | | | |
| LOCALIDAD | XXXXXXXX | | | | | | |
| FECHAS | DEL 28-04-2014 AL 06-06-2014 | | | | | | |
| TOTAL HORAS | 180 H. | | | | | | |
| Nº DE REGISTRO SANITARIO | XXX de la Generalitat Valenciana | | | Nº COLEGIADO TUTOR | XXX | | |
| ÁMBITO O ESPECIALIDAD | <i>Traumatología</i> | <i>Neurología</i> | <i>Cardio-Respiratorio</i> | <i>Geriatría</i> | <i>Pediatría</i> | <i>Reumatología</i> | <i>Urología</i> |
| | 48h. | 60h. | - | - | 60 h. | 12 h. | - |



| | | | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------------|------------------------|----------------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----------------|
| Nº EXP. CONVENIO | C-00XX/XX | Nº.EXP. PROGRAMA FORM. | A-XXXXX/XX** | | | | |
| CENTRO | Centro 2 | | | | | | |
| DIRECCIÓN | XXXXXXXXXXXXXXXXXX | | | | | | |
| LOCALIDAD | XXXXXXXXXXXXXXXXXX | | | | | | |
| FECHAS | DEL 01-10-2014 al 14-11-2014 | | | | | | |
| TOTAL HORAS | 186 horas | | | | | | |
| Nº DE REGISTRO SANITARIO | xxxx de la Generalitat Valenciana | | | | Nº COLEGIADO TUTOR | Xxx | |
| ÁMBITO O ESPECIALIDAD | <i>Traumatología</i> | <i>Neurología</i> | <i>Cardio-Respiratorio</i> | <i>Geriatría</i> | <i>Pediatría</i> | <i>Reumatología</i> | <i>Urología</i> |
| | 186 h. | - | - | - | - | - | - |

**Sin ratificación expresa del centro

| | | | | | | | |
|--------------------------|------------------------------|------------------------|----------------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----------------|
| Nº EXP. CONVENIO | C-00XX/XX | Nº.EXP. PROGRAMA FORM. | A-XXXX/XX | | | | |
| CENTRO | Centro 3 | | | | | | |
| DIRECCIÓN | XXXXXXXXXX | | | | | | |
| LOCALIDAD | XXXXXXXXXX | | | | | | |
| FECHAS | Del 17-11-2014 al 23-12-2014 | | | | | | |
| TOTAL HORAS | 144 h. | | | | | | |
| Nº DE REGISTRO SANITARIO | ND | | | | Nº COLEGIADO TUTOR | XXXXXX | |
| ÁMBITO O ESPECIALIDAD | <i>Traumatología</i> | <i>Neurología</i> | <i>Cardio-Respiratorio</i> | <i>Geriatría</i> | <i>Pediatría</i> | <i>Reumatología</i> | <i>Urología</i> |
| | - | 72h. | - | - | 72h. | - | - |

| | | | | | | | |
|--------------------------|---------------------------------|------------------------|----------------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----------------|
| Nº EXP. CONVENIO | XXXXXXXXXX | Nº.EXP. PROGRAMA FORM. | XXXXXXXXXX | | | | |
| CENTRO | Centro 4 | | | | | | |
| DIRECCIÓN | XXXXXXXXXXXXXXXXXX | | | | | | |
| LOCALIDAD | XXXXXXXXXXXXXXXXXX | | | | | | |
| FECHAS | Del 09-02-2015 al 18-03-2015 | | | | | | |
| TOTAL HORAS | 162 h. | | | | | | |
| Nº DE REGISTRO SANITARIO | xx de la Generalitat Valenciana | | | | Nº COLEGIADO TUTOR | ND | |
| ÁMBITO O ESPECIALIDAD | <i>Traumatología</i> | <i>Neurología</i> | <i>Cardio-Respiratorio</i> | <i>Geriatría</i> | <i>Pediatría</i> | <i>Reumatología</i> | <i>Urología</i> |
| | 162H. | - | - | - | - | - | - |



- Del mismo modo el estudiante ha realizado la siguiente relación de prácticas extracurriculares en el ámbito de sus estudios de fisioterapia al amparo de los convenios de cooperación educativa que mantiene suscritos esta universidad con estas entidades. Estas prácticas que aquí se relación son susceptibles de ser reconocidas en su expediente, con la consideración de créditos optativos obtenidos por competencias transversales según lo dispuesto en las memorias de verificación del título y de la Normativa de Reconocimiento de Competencias Transversales y Profesionales de los Títulos de Grado de la Universidad Miguel Hernández de Elche:

| | | | | | | | |
|--------------------------------|---|-------------------|----------------------------|--------------------|------------------|---------------------|-----------------------|
| Nº EXP. CONVENIO | XXXXXXXX | | Nº.EXP. PROGRAMA FORM. | XXXXXXXX | | | |
| CENTRO | Centro 5 | | | | | | |
| DIRECCIÓN | XXXXXXXXXXXX | | | | | | |
| LOCALIDAD | XXXXXXXXXXXX | | | | | | |
| FECHAS | DEL 01-12-2013 AL 01-12-2013 | | | | | | |
| TOTAL HORAS | 10 H. | | | | | | |
| Nº DE REGISTRO SANITARIO | ND | | | Nº COLEGIADO TUTOR | XXXXXXXX | | |
| ÁMBITO O ESPECIALIDAD | Traumatología | Neurología | Cardio-Respiratorio | Geriatría | Pediatría | Reumatología | Uroginecología |
| | 10 H. | - | - | - | - | - | - |
| CRÉDITOS OPTATIVOS RECONOCIDOS | <i>SIN CRÉDITOS RECONOCIDOS EN EL EXPEDIENTE ACADÉMICO.</i> | | | | | | |
| OBSERVACIONES | <i>COLABORACIÓN EN ASISTENCIA DE FISIOTERAPIA EN LA SAUCONY MEDIA MARATÓN DE CAMPELLO</i> <i>PRÁCTICA SUPERVISADA EL PROFESOR:</i> XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--------------------------------|--|-------------------|----------------------------|--------------------|------------------|---------------------|-----------------------|
| Nº EXP. CONVENIO | NORMATIVA DE PRÁCTICAS INTERNAS DE LA UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE | | Nº.EXP. PROGRAMA FORM. | XXXXXXXXXXXX | | | |
| CENTRO | DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA Y CIRUGIA DE LA UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE. | | | | | | |
| DIRECCIÓN | CAMPUS DE SAN JUAN | | | | | | |
| LOCALIDAD | 03550 - SANT JOAN D'ALACANT | | | | | | |
| FECHAS | DEL 19-05-2013 AL 19-05-2013 | | | | | | |
| TOTAL HORAS | 10 HORAS | | | | | | |
| Nº DE REGISTRO SANITARIO | ND | | | Nº COLEGIADO TUTOR | XXXXXXXX | | |
| ÁMBITO O ESPECIALIDAD | Traumatología | Neurología | Cardio-Respiratorio | Geriatría | Pediatría | Reumatología | Uroginecología |
| | 10 H. | - | - | - | - | - | - |
| CRÉDITOS OPTATIVOS RECONOCIDOS | <i>0,5 CRÉDITOS RECONOCIDOS EN EL EXPEDIENTE.</i> | | | | | | |



| | | | |
|---------------|--|--|--|
| OBSERVACIONES | ASISTENCIA DE FISIOTERAPIA DEPORTIVA EN LA IRONTUR LA VILA 2013 PRÁCTICA SUPERVISADA EL PROFESOR: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | | |
|---------------|--|--|--|

| | | | | | | | |
|--------------------------------|---|-------------------|----------------------------|--------------------|------------------|---------------------|-----------------|
| Nº EXP. CONVENIO | NORMATIVA DE PRÁCTICAS INTERNAS DE LA UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE | | Nº EXP. PROGRAMA FORM. | XXXXXXXXXX | | | |
| CENTRO | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | | | | | | |
| DIRECCIÓN | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | | | | | | |
| LOCALIDAD | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | | | | | | |
| FECHAS | DEL 01-03-2015 AL 01-03-2015 | | | | | | |
| TOTAL HORAS | 25 HORAS | | | | | | |
| Nº DE REGISTRO SANITARIO | ND | | | Nº COLEGIADO TUTOR | XXXXXXXXXXXX | | |
| ÁMBITO O ESPECIALIDAD | Traumatología | Neurología | Cardio-Respiratorio | Geriatría | Pediatría | Reumatología | Urología |
| | 25 H. | - | - | - | - | - | - |
| CRÉDITOS OPTATIVOS RECONOCIDOS | 0,5 CRÉDITOS RECONOCIDOS EN EL EXPEDIENTE. | | | | | | |
| OBSERVACIONES | ASISTENCIA DE FISIOTERAPIA EN PRUEBA DEPORTIVA PRÁCTICA SUPERVISADA EL PROFESOR: XXXXXXXXXXXXXXXX | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--------------------------------|--|-------------------|----------------------------|--------------------|------------------|---------------------|-----------------|
| Nº EXP. CONVENIO | NORMATIVA DE PRÁCTICAS INTERNAS DE LA UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE | | Nº EXP. PROGRAMA FORM. | XXXXXXXXXXXX | | | |
| CENTRO | XXXXXXXXXX | | | | | | |
| DIRECCIÓN | XXXXXXXXXXXX | | | | | | |
| LOCALIDAD | XXXXXXXXXXXX | | | | | | |
| FECHAS | DEL 15-03-2015 AL 13-04-2015 | | | | | | |
| TOTAL HORAS | 50 HORAS. | | | | | | |
| Nº DE REGISTRO SANITARIO | ND | | | Nº COLEGIADO TUTOR | XXXXXXXXXXXX | | |
| ÁMBITO O ESPECIALIDAD | Traumatología | Neurología | Cardio-Respiratorio | Geriatría | Pediatría | Reumatología | Urología |
| | 50 H. | - | - | - | - | - | - |
| CRÉDITOS OPTATIVOS RECONOCIDOS | 2 CRÉDITOS RECONOCIDOS EN EL EXPEDIENTE. | | | | | | |
| OBSERVACIONES | ASISTENCIA DE FISIOTERAPIA EN LA I CARRERA SOLIDARIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA PRÁCTICA SUPERVISADA EL PROFESOR: XXXXXXXXXXXXXXXX | | | | | | |



| | | | | | | | |
|--------------------------------|---|-------------------|----------------------------|------------------|------------------------|---------------------|-----------------|
| Nº EXP. CONVENIO | XXXXXXXXXX | | | | Nº EXP. PROGRAMA FORM. | XXXXXXXXXX | |
| CENTRO | XXXXXXXXXXXXXX | | | | | | |
| DIRECCIÓN | XXXXXXXXXXXXXXXXXX | | | | | | |
| LOCALIDAD | XXXXXXXXXXXXXX | | | | | | |
| FECHAS | DEL 21-03-2015 AL 22-03-2015 | | | | | | |
| TOTAL HORAS | 25 H. | | | | | | |
| Nº DE REGISTRO SANITARIO | ND | | | | Nº COLEGIADO TUTOR | XXXXXXXXXX | |
| ÁMBITO O ESPECIALIDAD | <i>Traumatología</i> | <i>Neurología</i> | <i>Cardio-Respiratorio</i> | <i>Geriatría</i> | <i>Pediatría</i> | <i>Reumatología</i> | <i>Urología</i> |
| | 25 H. | - | - | - | - | - | - |
| CRÉDITOS OPTATIVOS RECONOCIDOS | SIN CRÉDITOS RECONOCIDOS EN EL EXPEDIENTE ACADÉMICO. | | | | | | |
| OBSERVACIONES | ACTIVIDADES TERAPIA MANUAL, MASOTERAPIA, CINESITERAPIA PRÁCTICA SUPERVISADA EL PROFESOR: XXXXXXXXXXXXXXXXXX | | | | | | |

Y para que así conste, se expide la presente.

En Elche, a 07 de enero de 2019

Fdo. Mercedes Sánchez del Castillo
Secretaria General
Universidad Miguel Hernández de Elche

** No se relacionan en el listado aquellas prácticas realizadas en el ámbito de programas de movilidad gestionadas por la/s universidad/es de destino.