



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-XXXX/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	<i>ASISTENCIA DE FISIOTERAPIA DEPORTIVA EN LA IRONTUR LA VILA 2013</i> <i>PRÁCTICA SUPERVISADA EL PROFESOR:</i> XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
---------------	--	--	--

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	<i>Traumatología</i>	<i>Neurología</i>	<i>Cardio-Respiratorio</i>	<i>Geriatría</i>	<i>Pediatría</i>	<i>Reumatología</i>	<i>Uroginecología</i>
	25 H.	-	-	-	-	-	-
CRÉDITOS OPTATIVOS RECONOCIDOS	<i>0,5 CRÉDITOS RECONOCIDOS EN EL EXPEDIENTE.</i>						
OBSERVACIONES	<i>ASISTENCIA DE FISIOTERAPIA EN PRUEBA DEPORTIVA</i> <i>PRÁCTICA SUPERVISADA EL PROFESOR:</i> XXXXXXXXXXXX						

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	<i>Traumatología</i>	<i>Neurología</i>	<i>Cardio-Respiratorio</i>	<i>Geriatría</i>	<i>Pediatría</i>	<i>Reumatología</i>	<i>Uroginecología</i>
	50 H.	-	-	-	-	-	-
CRÉDITOS OPTATIVOS RECONOCIDOS	<i>2 CRÉDITOS RECONOCIDOS EN EL EXPEDIENTE.</i>						
OBSERVACIONES	<i>ASISTENCIA DE FISIOTERAPIA EN LA I CARRERA SOLIDARIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA</i> <i>PRÁCTICA SUPERVISADA EL PROFESOR:</i> XXXXXXXXXXXX						



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.