

SOLICITUD DE ROTACIONES



APELLIDO Y NOMBRE _____ **AÑO (*)** _____ **R/C (**)** _____ **ESPECIALIDAD DE SU RESIDENCIA** _____ **ÁREA DE ROTACIÓN** _____ **PERÍODO SOLICITADO** _____ al _____

DNI N° _____ Correo Electrónico _____ Celular _____

APELLIDO Y NOMBRE _____ **AÑO (*)** _____ **R/C (**)** _____ **ESPECIALIDAD DE SU RESIDENCIA** _____ **ÁREA DE ROTACIÓN** _____ **PERÍODO SOLICITADO** _____ al _____

DNI N° _____ Correo Electrónico _____ Celular _____

APELLIDO Y NOMBRE _____ **AÑO (*)** _____ **R/C (**)** _____ **ESPECIALIDAD DE SU RESIDENCIA** _____ **ÁREA DE ROTACIÓN** _____ **PERÍODO SOLICITADO** _____ al _____

DNI N° _____ Correo Electrónico _____ Celular _____

APELLIDO Y NOMBRE _____ **AÑO (*)** _____ **R/C (**)** _____ **ESPECIALIDAD DE SU RESIDENCIA** _____ **ÁREA DE ROTACIÓN** _____ **PERÍODO SOLICITADO** _____ al _____

DNI N° _____ Correo Electrónico _____ Celular _____

(*) Colocar el AÑO de Residencia/Concurrencia que cursan al momento de inicio de la Rotación.

(**) Colocar letra R para Residentes o C para Concurrentes.

Hospital Solicitante: _____ **Domicilio:** _____ **Provincia:** _____

Localidad: _____ **C.P.:** _____ **Teléfono:** _____ **Fax:** _____ **Mail:** _____

Declaro que el/los profesionales referidos cuentan con Matrícula Profesional Habilitante y ART o Seguro de Accidentes Personales vigente.

.....
Jefe/a de Servicio: Firma y Sello

.....
Comité de Docencia: Firma y Sello

.....
Director/a del Hospital: Firma y Sello

IMPRIMIR, FIRMAR Y SELLAR. LUEGO ENVIAR ESCANEADO POR EMAIL