

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