CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

GENERALITAT
VALENCIANA
Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

Comisió de Docéncia

Solicitud Rotación Externa

D……, Tutor residente especialista en formación de la especialidad de…… del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia,

EXPONE: Que D/Dña……
Con NIF/NIE……residente de …….año, telf.:……
Adscrito al Servicio de……,
ha solicitado realizar una rotación externa en el Hospital ……
en el servicio o Unidad de……
durante el período comprendido entre el……y el…….de 201
Teniendo en cuenta que la rotación es conveniente para la formación del residente por los objetivos docentes de la rotación que a continuación se especifican:
……
……
……
……
……

En caso de que se vayan a realizar guardias en el centro de destino, indicar los motivos y necesidades para realizar guardias, así como el nº mensual de las mismas:
……
……
……

Es por lo que solicita autorización por parte de la Comisión de Docencia y autorización de la Conselleria de Sanidad **(**Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero)

En Valencia, a de de 201

(Firma del Tutor de la Especialidad) (VºBº Jefe de Servicio)

Consorcio Hospital General de Valencia
Av/Tres Cruces, 2
46014 Valencia
Mail: comisiondocencia_hgv@gva.es
Telf: 963187555