COMISION DE DOCENCIA

***Formulario solicitud de rotación externa RESIDENTES***

***DATOS PERSONALES***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Apellidos* | | *Nombre* | | DNI / NIE |
| *Fecha nacimiento* | *Nacionalidad* | | *Nº Colegiado* | |
| *Tel. Móvil* | E-mail | | | |

***DATOS PROFESIONALES***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Hospital de origen* | *Especialidad* | *Año residencia* |
| *Tutor del residente* | E-mail | |

***DATOS DE LA ROTACIÓN***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Hospital destino / Servicio y Sección* | *Fecha inicio* | *Fecha final* |
| *Objetivos a alcanzar* | | |

***Vº Bº del Tutor******OBLIGATORIA FIRMA DEL TUTOR Y JEFE DEL SERVICIO Vº Bº DEL JEFE DE SERVICIO***

*Fecha:*

*NO SE TRAMITARÁ NINGUNA SOLICITUD SIN FIRMAR Y SIN RECEPCIONAR POR E-MAIL*

***Enviar este formulario a la Comisión de Docencia del Hospital General Universitario de Valencia***

Mail: comisiondocencia\_hgv@gva.es