



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



SOLICITUD DE ESTANCIAS PARA FORMACIÓN CONTINUADA
EN EL
CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Nombre: _____

Titulación: _____

Centro de trabajo actual: _____

DNI Nº: _____

Servicio/Unidad que solicita visitar: _____

Área o actividad específica por la que manifiesta su interés:

Periodo de tiempo en el que desea realizar su visita:

Del: _____ al: _____

Nº de meses: _____

Documentos que aporta (marcar los recuadros correspondientes):

- Fotocopia compulsada del título de médico
- Fotocopia compulsada del título de especialista
- Fotocopia del DNI/Pasaporte
- Curriculum profesional
- Carta de presentación del Centro de procedencia

Fecha:

Firma

Dirección:

Teléfono de contacto:

Correo electrónico: