COMISION DE DOCENCIA

 ***Formulario solicitud de rotación externa***

***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 (En caso de ser Residente en Formación)* ***OBLIGATORIA FIRMA DEL TUTOR***

*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