



SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE ROTACIÓN EXTERNA PARA LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN CIENCIAS DE LA SALUD

Centro/Unidad docente	
-----------------------	--

Residente

Nombre y apellidos	
DNI	
Titulación	
Especialidad	
Año de residencia	

Tutor/a

Nombre y apellidos	
Servicio / Dispositivo	

Centro de destino

Centro / Unidad docente	
Servicio / Dispositivo	
Dirección	
Localidad	
Periodo de rotación	
Responsable rotación	

Objetivos docentes

Ampliación de conocimientos o aprendizaje de técnicas no practicadas en el centro o unidad y que, según el programa de formación, son necesarias o complementarias del mismo

--

, a de de	
Firma Residente	Firma Tutor/a



Compromiso de abono

- Continuar abonando al/a la residente la totalidad de sus retribuciones, incluidas las que se deriven de la atención continuada que realice durante la rotación externa.
- Abonar los gastos de desplazamiento de acuerdo con las normas que resulten de aplicación

, a de de
Firma Gerente/a o Responsable

Informe de la Comisión de Docencia

- La Comisión de Docencia informa favorablemente la propuesta del/de la tutor/a, y solicita la autorización de la misma.
- Se adjunta el informe favorable de la Comisión de Docencia de destino.

, a de de
Firma Presidente/a Comisión de Docencia