**SOLICITUD DE ROTACIÓN EXTERNA/INTERNA PARA ESPECIALISTAS INTERNOS RESIDENTES DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

DATOS DEL RESIDENTE

Nombre:

Primer apellido:

Segundo apellido:

DNI:

Zona de la Unidad Docente:

Centro donde cursa la especialidad:

Año de acceso a la formación especializada:

Curso actual:

Nombre del Tutor o Tutora:

DATOS ROTACIÓN EXTERNA/INTERNA

Centro destino rotación:

Colaborador docente:

Nombre:

Correo-e:

Teléfono:

Fecha inicio de rotación:

Fecha fin de rotación:

Objetivos que se pretenden con la rotación:

Criterios de necesidad complementariedad de la rotación respecto al programa de formación del residente (Justificación):

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

Autorización del Tutor personal: SI NO

Visto Bueno del Tutor coordinador del Centro de Salud: SI NO

Visto Bueno del Director de UGC: SI NO

Visto Bueno del Coordinador de Zona: SI NO

Firma:

El Residente