



## Solicitud de Rotación Externa

Registro de entrada

El Dr/Dra.  con DNI nº

Teléfono:  e -mail :

Residente de  Año de MFyC perteneciente al Área Sanitaria

**solicita le sea tramitada la siguiente rotación extraordinaria:**

Centro / Hospital:

Servicio o Unidad

Dirección postal y teléfono:

Jefe del Servicio o Unidad:

Desde (fecha):  Hasta (fecha):

Sobre la base de los siguientes motivos / objetivos:

Fecha y firma,

Vº Bº, del tutor