GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL DE
INNOVACIÓN SANITARIA
SERVICIO DE FORMACIÓN Y DOCENCIA
UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL
DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA

SOLICITUD DE ROTACIÓN ELECTIVA

Registro de entrada / Vº Bº Unidad Docente

Nombre: _____ con DNI nº _____

Teléfono: _____ e-mail : _____

Residente de ☐ Medicina ☐ Enfermería, perteneciente al Área Sanitaria _____

solicita le sea tramitada la siguiente rotación electiva:

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:	Fecha:	Fecha:
Firma Residente	Vº Bº Tutor AP	Vº Bº Tutor Hospitalario (excepto para MIR4 y EIR)

Cuando la rotación se realice en el mismo Hospital al adscrito se debe informar también a la Comisión de Docencia del Hospital. Si la rotación se realiza en centro distinto al habitual, la comunicación la realizará la Unidad Docente.