

SOL·LICITUD DE ROTACIÓ EXTERNA A L'HOSPITAL CLÍNIC

1. DADES DE LA COMISSIÓ DE DOCÈNCIA SOL·LICITANT

Nom del Centre

Nom President/a Comissió de Docència

Persona de contacte de la Comissió de Docència

Tel.

Email

2. DADES DEL RESIDENT

Nom

Primer Cognom

Segon Cognom

NIF/NIE

Telèfon Mòbil

Email

Nº de col·legiat

Província de col·legiació

Especialitat

Any de Residència

Data naixement

3. DADES DE LA ROTACIÓ

Data inici rotació

Data final rotació

Servei/Secció/Unitat

Objectius de la rotació

A. Firma digital del President/-a de la Comissió de Docència :

B. Si no es disposa de signatura digital: Imprimir, signatura del President/-a de la Comissió de Docència, segell, data i enviament el document escanejat a: docencia@clinic.cat