

## 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

Persona de contacte de la Comissió de Docència

Tel.

Email

### 2. DADES DEL RESIDENT

Nom

Primer Cognom

Segundo 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

Breu descripció dels objectius

**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](mailto:docencia@clinic.cat)

