



Asunto: SOLICITUDE AUTORIZACIÓN ROTACIÓN EXTERNA

TUTOR, D/D^a :	
ESPECIALIDAD:	
RESIDENTE , D/D^a:	
AÑO DE RESIDENCIA: (En la fecha de la solicitud)	

PERÍODO de rotación:	Desde:	Hasta:
SERVICIO / UNIDAD de rotación:		
HOSPITAL / CENTRO de rotación:		

INFORME MOTIVADO DEL TUTOR (obligatorio)

Objetivos de la rotación:

Justificación de la rotación:

_____, a __ de _____ de 20__

Firma del Tutor:	Firma del Jefe de Servicio:	Firma del Residente: