



Asunto: SOLICITUDE AUTORIZACIÓN ROTACIÓN EXTERNA

TITOR, D/Dª :		
ESPECIALIDADE:		
RESIDENTE , D/Dª:		DNI:
CORREO ELECTRÓNICO:		TELÉFONO:
ANO DE RESIDENCIA: (Na data da solicitude)		ANO DE RESIDENCIA: (Na data da rotación)

PERÍODO de rotación:	Fecha inicio:	Fecha finalización:
SERVIZO / UNIDADE de rotación:		
HOSPITAL / CENTRO de rotación:		

INFORME MOTIVADO DO TITOR (obligatorio)

Obxectivos da rotación:

Xustificación da rotación:

A Coruña,

Sinatura do Titor:	Sinatura do Xefe de Servizo:	Sinatura do Residente:
Nome:	Nome:	Nome: