

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ
CAMBIO DE ROTACIÓN
Comisión de docencia MIR

Residente que solicita el cambio	
Especialidad	Año
Centro de Salud	
Servicio que corresponde la Rotación:	Fecha:
Servicio al que cambia la Rotación:	Fecha:

Residente que solicita el cambio	
Especialidad	Año
Centro de Salud	
Servicio que corresponde la Rotación:	Fecha:
Servicio al que cambia la Rotación:	Fecha:

Firma del Residente

Firma del Residente

VºBº Jefe de Estudios de la Unidad del solicitante

Fecha de la solicitud	Fecha de aceptación
-----------------------	---------------------