

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ

Comisión de Docencia MIR

Facultativo que solicita el cambio:		
Adjunto: SI NO (rodear lo que proceda)	Especialidad:	
En caso de ser MIR:	Año de la Residencia:	Especialidad:
Servicio que corresponde la guardia:		

Facultativo que realizará la guardia:		
Adjunto: SI NO (rodear lo que proceda)	Especialidad:	
En caso de ser MIR:	Año de la Residencia:	Especialidad:
Servicio donde realizará la guardia:		

Nombre de los facultativos	Día de guardia antes del cambio	Día de guardia después del cambio

Firma del Facultativo solicitante.

VºBº Jefe Serv. o Sección facultativo solicitante

VºBº Dirección Médica

Firma del facultativo que realiza la guardia

En el caso de Guardias del Servicio de Medicina Interna: VºBº Jefe de Serv. o Sección del facultativo que realiza la guardia

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