

**SOLICITUD DE ACEPTACIÓN DE ROTACIÓN EXTERNA PARA ESPECIALISTAS INTERNOS
RESIDENTES DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE EXTREMADURA**

Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero de 2008 por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada (B.O.E. nº. 45, 231 de febrero de 2008).

DATOS DEL RESIDENTE		
NOMBRE:	APELLIDO:	APELLIDO:
Nº. DE TELEF. MÓVIL:	Correo electrónico:	CURSO ACTUAL:
ESPECIALIDAD:		
Centro donde cursa la Especialidad:		
NOMBRE DEL TUTOR O TUTORA:		
COMISION DE DOCENCIA:		
DATOS DE LA ROTACIÓN EXTERNA		
CENTRO DE DESTINO DE LA ROTACIÓN:		
SERVICIO:		
UNIDAD DE :		
FECHA INICIO ROTACIÓN:		
FECHA FIN DE ROTACIÓN:		

OBJETIVOS QUE SE PRETENDEN CON LA ROTACION

Ampliación de conocimientos	Aprendizaje de técnicas no practicadas en el centro o unidad donde realiza la especialidad.
ESPECIFICACIÓN DE OBJETIVOS:	



CRITERIOS DE NECESIDAD COMPLEMENTARIEDAD DE LA ROTACIÓN RESPECTO AL PROGRAMA DE FORMACIÓN DEL RESIDENTE:

SOLICITA:

Que su tutor, en tanto primer responsable de su proceso de enseñanza-aprendizaje, eleve la presente solicitud a la Comisión de Docencia para que se tenga por presentada y se lleven a cabo los trámites pertinentes con el objetivo de que se autorice por el órgano competente el periodo formativo de rotación externa que se solicita.

Badajoz, a _____ de _____ de 20_____
Firmado:

El/La Residente

PROPUESTA DEL TUTOR

El Tutor/Tutora D. / D^a. _____

PROPONE a la Comisión de Docencia la realización de la rotación externa a la que hace referencia la presente solicitud.

Badajoz, a _____
EL TUTOR/TUTORA