

**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