

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

TELÉFONO MÓVIL

Correo electrónico

Especialidad

- MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
 ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Curso

1º 2º 3º 4º

Centro donde cursa la especialidad

Nombre del TUTOR/A

DATOS DE LA ROTACIÓN EXTERNA

CENTRO DE DESTINO DE LA ROTACIÓN

SERVICIO:

UNIDAD DE :

FECHA INICIO ROTACIÓN:

FECHA FIN ROTACIÓN:

OBJETIVOS QUE SE PRETENDEN CON LA ROTACIÓN

Ampliación de conocimientos

Aprendizaje de técnicas no realizadas en la unidad

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

Firmado, el/la residente

PROPUESTA DEL TUTOR

El tutor/a, **D/D^a**

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

Firmado, el/la tutor