

SOLICITUD DE ACEPTACIÓN DE ROTACIÓN PARA TUTORES DE AFYC 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 TUTOR		
NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TELÉFONO DE CONTACTO	E-MAIL	CURSO ACTUAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Centro de Salud al que pertenece:		
<input type="text"/>		
Nombre de Residente		
<input type="text"/>		
Especialidad		
<input type="checkbox"/> MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA <input type="checkbox"/> ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA		
DATOS DE LA ROTACIÓN		
CENTRO DE DESTINO DE LA ROTACIÓN		
<input type="text"/>		
SERVICIO O UNIDAD		
<input type="text"/>		
TUTOR/COLABORADOR DOCENTE		
<input type="text"/>		
FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
OBJETIVOS QUE SE PRETENDEN CON LA ROTACIÓN		
<input type="checkbox"/> AMPLIACIÓN DE CONOCIMIENTOS		<input type="checkbox"/> APRENDIZAJE DE TÉCNICAS NO PRACTICADAS EN EL CENTRO O UNIDAD DONDE REALIZA LA ESPECIALIDAD.
ESPECIFICACIÓN DE OBJETIVOS (SI PROCEDE)		
<input type="text"/>		

SOLICITA:

se 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 que se solicita.

Fecha	Firmado
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nota: la cobertura de la consulta del tutor durante este periodo estará a cargo del residente adscrito al centro, en competencia de su nivel de responsabilidad.