



Asunto: SOLICITUDE AUTORIZACIÓN ROTACIÓN **EXTERNA**

TUTOR, D/D ^a :	
ESPECIALIDAD:	
RESIDENTE , D/D ^a :	
AÑO DE RESIDENCIA:	

PERÍODO de rotación:	Desde:	hasta
SERVIZO / UNIDADE rotación:		
HOSPITAL / CENTRO rotación:		

INFORME MOTIVADO DEL TUTOR

(obligatorio) Objetivos de la rotación:

Justificación de la rotación:

Ferrol a

Firma del Tutor:	Firma del Jefe de Servicio:	Firma del Residente: