



Asunto: SOLICITUDE AUTORIZACIÓN ROTACIÓN **EXTERNA**

TITOR, D/D <sup>a</sup> :	
ESPECIALIDADE:	
RESIDENTE , D/D <sup>a</sup> :	
ANO DE RESIDENCIA:	

PERÍODO da rotación:	Dende:	Ata:
SERVIZO / UNIDADE rotación:		
HOSPITAL / CENTRO rotación:		

**INFORME MOTIVADO DO TITOR (obligatorio)**

Obxectivos da rotación:

Xustificación da rotación:

Ferrol a

Sinatura do Titor:	Sinatura do Xefe de Servizo:	Sinatura do Residente:

COMISIÓN DE DOCENCIA DO <CENTRO/UNIDADE>