



Asunto: SOLICITUD AUTORIZACIÓN ROTACIÓN **NO EXTERNA**

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

PERÍODO de rotación:	Desde:	hasta
SERVICIO / UNIDAD rotación:		
HOSPITAL / CENTRO rotación:		

Guardias/atención continuada:

Ferrol a

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

COMISIÓN DE DOCENCIA DO <CENTRO/UNIDADE>