



Asunto: SOLICITUDE AUTORIZACIÓN ROTACIÓN **NON EXTERNA**

TITOR, D/Dª :	
ESPECIALIDADE:	
RESIDENTE , D/Dª:	
ANO DE RESIDENCIA:	

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

Gardas/atención continuada:

Ferrol a

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

COMISIÓN DE DOCENCIA DO <CENTRO/UNIDADE>