XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE

SERVIZO GALEGO de SAÚDE | Área Sanitaria de Ferrol
Ferrol

Asunto: INFORME DA 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: SI

Ferrol a

Sinatura do Xefe de estudos:

A/A