**Departamento de Salud Alicante - Sant Joan d’Alacant**

 **COMISIÓN DE DOCENCIA M.I.R.**

 **Teléfono: 965169548**

 **E-mail:** **soto\_mar@gva.es**

**A/A PTE. COMISIÓN DE DOCENCIA MIR**

HOSPITAL/CENTRO DESTINO

DIRECCIÓN

Localidad y Código Postal

**Ntra. Ref.: U.I.D.F.C./JMA/mjs**

**Asunto: Rotación M.I.R.**

**Fecha: ../../….**

 La Comisión de Docencia M.I.R., del Hospital Univesitario San Juan de Alicante, solicita autorización para que:

 D/Dª Apellidos y nombre del solicitante:

 Año de residencia , de la especialidad:

Realice una rotación **por acuerdo docente**, durante el período comprendido entre el día …../…./….y el …../…../…. , en el Servicio de: , Unidad de:

 , del Hospital:

 La permanencia en esta Unidad es importante para completar su formación en dicha especialidad.

 Le agraceríamos que esta rotación estuviera amparada por la correspondiente aceptación de vuestra Comisión de Docencia.

 Así mismo, el Hospital Universitario San Juan de Alicante, abonará los emolumentos y las guardias correspondientes a dicho período.

 Atte.

**EL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA M.I.R.**

**Fdo.: Juan M. Arriero Marín**