

Asunto: Rotación M.I.R.

Fecha:

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

D/D^a

Año de residencia _____, de la especialidad de:

_____, realice una rotación externa, durante el período comprendido entre el día _____ y el _____, en el

Servicio/Unidad de:

del Hospital:

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

Le agradeceríamos 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.

LA PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA M.I.R.

Fdo.: Ruth Cañizares Navarro

DOCENCIA

Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant.
Ctra. Nacional 332, s/n Alicante - Valencia 03550 Sant Joan d'Alacant
Teléf. 965 169 400
www.dep17.san.gva.es