***AUTORIZACIÓN CESIÓN DE DATOS***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| D/Dª: | | Introducir nombre y apellidos del residente | |
| DNI: | Introducir DNI/NIF | |

***AUTORIZO***

A la **Unidad docente del Hospital Universitario Sant Joan d’Alacant** a la **cesión** de mis **datos personales** expuestos en mi solicitud de rotación externa, con la finalidad de poder gestionar dicha solicitud de rotación externa, al Hospital de Destino especificado en la solicitud.

En San Juan de Alicante, a 3 de diciembre de 2024.

Fdo.: Introducir nombre y apellidos del residente