A/A PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA.

Introducir el Hospital de destino

Dirección del Hospital de destino

Código postal y localidad del Hospital de destino

Asunto: **SOLICITUD DE ACEPTACIÓN DE ROTACIÓN EXTERNA**.

Fecha: 13 de diciembre de 2024.

La Comisión de Docencia del Hospital Universitario Sant Joan d’Alacant, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 21 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, informa favorablemente esta solicitud de rotación externa:

|  |  |
| --- | --- |
| D/Dª: | Introducir nombre y apellidos del residente |
| DNI: | Introducir DNI/NIF | CORREO ELECTRÓNICO: | Introducir e-mail de contacto |
| Nº Colegiado | Introducir Nº de colegiado | TELÉFONO: | Introducir nº teléfono |
| AÑO DE RESIDENCIA:(**en la fecha de la rotación**) | R Elige año | ESPECIALIDAD: | Elija Especialidad. |
| HOSPITAL DE DESTINO: | Introducir el Hospital de destino |
| SERVICIO SOLICITADO | Introducir Servicio Solicitado |
| UNIDAD SOLICITADA | Introducir Unidad Solicitada |
| PERIODO DE ROTACIÓN | Fecha Inicio: | Seleccione la fecha inicial de la rotación | Fecha Finalización: | Seleccione la fecha final de la rotación |
| OBJETIVOS DOCENTES: |  |
| Escriba aquí una breve descripción de los objetivos docentes |

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.

**LA PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA**

**Fdo.: Ruth I. Cañizares Navarro**