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 MEDIANTE ACUERDO DOCENTE**.

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 |

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

 Le agradeceríamos que esta **rotación mediante acuerdo docente** 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**