



Asunto: SOLICITUDE AUTORIZACIÓN ROTACIÓN EXTERNA

TITOR, D/Dª :	
ESPECIALIDADE:	
RESIDENTE , D/Dª:	
ANO DE RESIDENCIA: (Na data da solicitude)	

PERÍODO de rotación:	Desde:	Ata:
SERVIZO / UNIDADE de rotación:		
HOSPITAL / CENTRO de rotación:		

INFORME MOTIVADO DO TITOR (obligatorio)

Obxectivos da rotación:

Xustificación da rotación:

Ferrol a

Sinatura do Titor:	Sinatura do Xefe de Servizo:	Sinatura do Residente:

COMISIÓN DE DOCENCIA DO <CENTRO/UNIDADE>