COMITÉ DE CAPACITACIÓN Y DOCENCIA

FORMULARIO DE SOLUCITUD DE ROTACION

CAPACITACION Y DOCENCIA - Obispo Oro 42, Nueva Córdoba. CP 5000- Tel: 0351-4269285
capacitacion@sanatorioallende.com capacitacioncerro@sanatorioallende.com

DATOS A COMPLETAR POR LA INSTITUCION SOLICITANTE

DATOS PERSONALES DEL ROTANTE

Nombre:…… Apellido:……
Fecha de Nacimiento:…… DNI:……
Sexo: F M Nacionalidad:……..
Domicilio:…… Localidad:……
Provincia/País:…… Teléfono:……
E-mail:……
ART nombre y N°:…….. Seguro Med. Nombre y N°:……
Obra social o prepaga (solo para argentinos):……
Contacto en caso de emergencia:……
Teléfono:……
DATOS ACADEMICOS DEL ROTANTE:
Título:…… Universidad:……..
Especialidad de Residencia:…… Año de Residencia:……
Jefe de Servicio:…… Idioma:……

DATOS DE LA INSTITUCION

Institución:…… Domicilio:……
Localidad:…… Provincia/País:……
Código Postal:…… E-mail:……
Teléfono:…… Fax:……

SOLICITUD DE ROTACION

Servicio/Sector: 1)…… 2)……
Período a rotar (1) _____ al _____ Período a rotar (2) _____al _____
Firma del Solicitante:
……
Firma y aclaración del encargado de Docencia: Sello Institución:

……

IMPORTANTE: En caso de aprobarse la rotación, deberá realizar un **Curso de Inducción Obligatorio** acerca del cual se le informará oportunamente.

DATOS A COMPLETAR POR EL SANATORIO ALLENDE

EVALUACION DEL COMITÉ DE CAPACITACION Y DOCENCIA

☐ Visto Bueno ☐ No Aceptado ☐ Pendiente	Fecha: ____/____/____	Firma y Sello ……	Observaciones: