

**FORMULARIO DE SOLICITUD
ROTANTES EXTRAHOSPITALARIOS**

Fecha de solicitud: ____/____/____

DATOS PERSONALES	
Apellido:	Nombres:
Fecha de nacimiento:	Nacionalidad:
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	DNI:
Domicilio: calle..... nro..... localidad..... CP..... provincia..... otro dato.....	
E-mail:	Teléfono:
DATOS DE LA INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA	
Institución:	Domicilio:
Localidad:	Provincia:
Pais:	Email:
Teléfono:	Fax:
ROTACIÓN SOLICITADA	
Servicio:	
Periodo: de ____/____/____ a ____/____/____	
..... Firma solicitante Firma CDIFirma Jefe de Servicio de Origen

DATOS A COMPLETAR POR EL COMITÉ DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN			
Aceptado <input type="checkbox"/>	Rechazado <input type="checkbox"/>	Pendiente <input type="checkbox"/>	Fecha __/__/__
..... Firma y sello	Observaciones:		
NOTA: Una vez finalizada, el postulante deberá presentar al CDI un certificado de desempeño y aprobación de la rotación firmada por el jefe del Servicio en el cual se realizó.			

Se debe presentar en el Comité De Docencia e Investigación la siguiente documentación (personalmente o por correo electrónico a comitededocenciahmq@gmail.com):

- Fotocopia del DNI
- Constancia de ART (ley 24557)
- Fotocopia de seguro de mala praxis
- Carta o nota de aceptación de la institución receptora (Jefe de Servicio –Comité de docencia)
- Curriculum vitae abreviado