

	GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES		HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMON SARDA COMITÉ DE DOCENCIA E INVESTIGACION
---	--	---	---

FORMULARIO DE SOLICITUD DE PASANTÍA /VISITANCIA

Fecha de solicitud: / /

Datos a completar por el Profesional Solicitante

DATOS PERSONALES

Apellido:	Nombre/s:	
Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:	
Sexo: Fem <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/>	DNI:	
Domicilio:	Localidad:	C.P.:
Provincia:	País:	
Correo-e:	Teléfono	
Título:	Universidad:	
Matrícula nacional:	ART:	
Catastro TBC si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> fecha:	Vacunaciones:	

DATOS INSTITUCIONALES (si correspondiere)

Institución:	Localidad:
Domicilio:	País:
Provincia:	Tel/fax:
Correo-e:	

PASANTÍA/VISITANCIA SOLICITADA

Servicio/Sección	
Período solicitado: desde el / / hasta el / /	
Firma del Profesional solicitante	
Firma y sello del Jefe de Servicio a quien se dirigirá la respuesta (si correspondiere)	Sello de la Institución (si correspondiere)

Datos a completar por el CoDel del HMI Ramón Sardá

Aceptado	No aceptado	Pendiente	Fecha / /
Firma y sello		Observaciones:	