



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE BUENOS
AIRES



HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMON
SARDA

COMITÉ DE DOCENCIA E INVESTIGACION

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ROTACIÓN

Fecha de solicitud: / /

Datos a completar por el Médico Residente 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:	
Especialidad:	Año de Residencia:	
Catastro TBC: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> fecha:	Vacunación:	

DATOS INSTITUCIONALES

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

ROTACIÓN SOLICITADA

Servicio/Sección
Período solicitado: desde el / / hasta el / /

Firma del Médico Residente
solicitante

Firma y sello del Jefe de Servicio a quien se
dirigirá la respuesta

Sello de la Institución

Datos a completar por el CoDel del HMI Ramón Sardá

Acceptado	Rechazado	Pendiente	Fecha / /
Firma y sello		Observaciones:	