



ANEXO I

A/A: PRESIDENTE/PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA

Asunto: **SOLICITUD DE ROTACIÓN EXTERNA**

Don/Doña

en calidad de **TUTOR/TUTORA** de:

Don/Doña:			
Especialidad:		Año de Residencia:	

SOLICITA A LA COMISIÓN DE DOCENCIA LA ROTACIÓN EXTERNA EN:

Centro:			
Localidad:			
Servicio:			
Periodo:	Inicio:		Finalización:
Teléfono de contacto:			
Correo electrónico de contacto:			

con el fin de alcanzar los **OBJETIVOS** que se refieren en el documento adjunto y que añade la **CONFORMIDAD Y COMPROMISO del Residente** (anexos Ia y Ib). Además:

1. El centro de destino está acreditado para la docencia y/o es de reconocido prestigio:

SI NO

2. La ampliación de conocimientos y/o técnicas, puede ser adquirida en:

Otro centro sanitario de Asturias NO SI

Otro centro sanitario de España NO SI

3. El Especialista Sanitario en Formación ha realizado hasta la actualidad rotaciones previas, en las cuales ha cumplido con la elaboración de una Memoria de las actividades realizadas.

4. Con esta rotación externa no supera el periodo total establecido según duración de la especialidad (ver cuadro), ni más de **4 meses en el presente año de residencia**.

DURACIÓN ESPECIALIDAD	DURACIÓN MÁXIMA ROTACIÓN EXTERNA
1 año	2 meses
2 años	4 meses
3 años	6 meses
4 o más años	12 meses

Por todo ello este/a tutor/a considera que esta estancia formativa cumple los requisitos exigidos para autorizar dicha rotación externa y solicita se autorice por la Comisión de Docencia.

En Oviedo, a

El Tutor/La Tutora:

VºBº Jefe de Unidad/Servicio

Fdo:

Agregar imagen de firma, si no dispone de firma o certificado digital

Agregar imagen de firma, si no dispone de firma o certificado digital