

Docencia e Investigación - 51 e/29 y 30 N° 1725 - Tel: (0221) 453-5000 (Int. 307) - docencia@italianolaplata.org.ar

Datos a Completar por la Institución solicitante:

DATOS PERSONALES DEL ROTANTE

Nombre/s:	Apellido:
Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:
Género: <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	Tipo y N° de Documento:
Domicilio:	Localidad:
Provincia/País:	Tel./Cel.:
E-Mail:	Apellido Materno:
Título:	Universidad:
Matrícula Nacional:	Matrícula Provincial:
Especialidad de Residencia:	Año de Residencia:

DATOS DE LA INSTITUCIÓN PROCEDENTE

Institución:	Domicilio:
Localidad:	Provincia:
Código Postal:	E-Mail:
Teléfono:	Fax (Dato obligatorio):

ROTACIÓN SOLICITADA

Área/Especialidad:	Firma del Rotante:
Período a Rotar Solicitado: _____ al _____	Fecha: ___ / ___ / ___
Firma y aclaración del Jefe de Área o Coordinador de Especialidad: (a quien se dirigirá respuesta)	Sello de la Institución solicitante:

Aclaración: Este formulario se debe remitir (por correo electrónico o personalmente) a Docencia e Investigación junto con la documentación requisitoria, con un mínimo de tres meses de anticipación al período de rotación solicitado.

Datos a Completar por el Hospital Italiano

EVALUACIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL ITALIANO LA PLATA

Visto Bueno	Fecha	Firma y Sello	Observaciones:
No Aceptado <input type="radio"/>	____ / ____ / ____		
Pendiente <input type="radio"/>			
<input type="radio"/>			