

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

Datos a completar por el visitante:

**DATOS PERSONALES DEL VISITANTE**

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 (si aplica): .....	Matrícula Provincial (si aplica): .....
Especialidad de Residencia (si aplica): .....	Año de Residencia (si aplica): .....

**DATOS DE LA INSTITUCIÓN PROCEDENTE (SI CORRESPONDE)**

Institución: .....	Domicilio: .....
Localidad: .....	Provincia: .....
Código Postal: .....	E-Mail: .....
Teléfono/Fax: .....	Fax: .....

**VISITA SOLICITADA**

Área/Especialidad/Sección/Unidad: .....	Firma del Visitante: .....
.....	.....
Período de Visita Solicitado: _____ al _____	.....
Disponibilidad horaria: .....	Fecha: ___ / ___ / ___
.....	

*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 visita solicitado.*

Datos a Completar por el Hospital Italiano

**EVALUACIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL ITALIANO LA PLATA**

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