



**HOSPITAL ITALIANO**  
Sociedad de Beneficencia

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE ROTACIÓN

### Datos a completar por solicitante

#### ► Datos personales del rotante

Nombre/s: .....	Apellido/s: .....
Fecha de nacimiento: .....	Tipo y N° Documento: .....
Género: <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M <input type="radio"/> X	Nacionalidad: .....
Domicilio: .....	Localidad: .....
Provincia/País: .....	E-mail: .....
Nro. Celular: .....	ART/Seguro Acc.Pers: .....
Obra Social (solo Argentinos): .....	Título grado: .....
Universidad: .....	Año de residencia: .....
Especialidad de residencia: .....	
Contacto en caso de emergencia (Apellido/Nombre/Teléfono): .....	

#### ► Datos de la Institución procedente

Institución: .....	Domicilio: .....
Localidad: .....	Provincia: .....
Código postal: .....	E-mail: .....
Teléfono: .....	

#### ► Rotación solicitada

Área/Especialidad: .....	Firma del rotante
Período a rotar solicitado: ..... al .....	

.....  
Firma y aclaración del Jefe de Área o Coordinador de Especialidad  
(A quién se dirigirá respuesta)

.....  
Sello de la Institución solicitante

..... / ....  
Fecha

Aclaración: este formulario se debe remitir (por correo electrónico o personalmente) a Depto. de Investigación y Docencia 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 Depto. de Investigación y Docencia del Hospital Italiano de Córdoba

Visto bueno  No aceptado  Pendiente

Observaciones: .....

.....  
Firma y sello

..... / ....  
Fecha