



FORMULARIO DE SOLICITUD DE ROTACIONES
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA, GINECOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN

DATOS PERSONALES:

Nombre y apellidos:	
Correo electrónico:	Teléfono:

(marcar la casilla correspondiente)

Especialista: **Residente:** **Biólogo:**

(En el caso de Residente: indicar año de Residencia:)

DNI/Nº Pasaporte:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Ciudad:
Código Postal:	País:

DATOS DE LA ROTACION SOLICITADA: *(marcar la casilla correspondiente)*

MÉDICOS:	
<input type="checkbox"/> Cirugía y ginecología endoscópica	<input type="checkbox"/> Alto Riesgo Obstétrico
<input type="checkbox"/> Ginecología oncológica y mastología	<input type="checkbox"/> Medicina de la Reproducción
<input type="checkbox"/> Patología Cervical / Tracto Genital Inferior	<input type="checkbox"/> Diagnóstico ginecológico por la imagen
<input type="checkbox"/> Suelo Pélvico	<input type="checkbox"/> Ecografía obstétrico-ginecológica y D. Prenatal
BIÓLOGOS:	
<input type="checkbox"/> Laboratorios de TRA: FIV, DGP, Criobiología y Andrología	
PERIODO DE SOLICITUD DE LA ROTACIÓN:	

DATOS DE LA INSTITUCION:

Institución/Hospital:	
Dirección:	Ciudad:
Código Postal:	País:
Correo electrónico:	Teléfono:
Fecha: / / 20.....	
Firma del Rotante:	Firma del Responsable de Docencia y Sello de la Institución:



ROTACIONES PARA ESPECIALISTAS Y RESIDENTES DE OBSTETRICIA, GINECOLOGÍA y REPRODUCCIÓN EXTRANJEROS

REQUISITOS:

Las solicitudes de rotación deben ser remitidas adjuntando la siguiente documentación obligatoria y excluyente, completa y en un único envío por correo electrónico, de lo contrario no será posible avanzar en el procedimiento:

- Formulario de solicitud
- Carta formal de la Institución
- Fotocopia del Título de Especialista (en el caso de médicos especialistas)
- Certificado del Hospital de referencia que indique la fecha de inicio y fin de la Residencia (en el caso de médicos residentes)
- CV resumido con fotografía.

Además, deberá aportar el 1r día de su estancia:

- Pasaporte o documento nacional de identidad.
- Seguro de responsabilidad civil, para el periodo de su rotación.
- También será necesario tener cubierta la asistencia sanitaria.

REMITIR A:

UNIDAD DE DOCENCIA

Dpto. de Obstetricia, Ginecología y Reproducción.

Hospital Universitari Dexeus. Barcelona. España

E-mail: campus@dexeus.com

La Comisión de Docencia del Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción, se reserva el derecho de aceptación de las Solicitudes de Asistencia presentadas. A tal efecto, las mismas serán estudiadas, revisadas y evaluadas en reunión de Comisión de Docencia, siendo comunicado el resultado de este proceso de selección al correo electrónico del solicitante.

La duración de la rotación estará determinada por la disponibilidad de cada Servicio (no más de un mes por área, con un máximo de tres meses en total).

Concluido el período formativo, la Comisión de Docencia emitirá un certificado en el que se hará constar la evaluación de la estancia formativa como “satisfactoria” o “no satisfactoria” en base a los informes que emitan los profesionales que han tutelado su formación.