



FORMULARIO DE SOLICITUD DE ESTANCIAS FORMATIVAS
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA, GINECOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN

DATOS PERSONALES:

| | |
|----------------------------|-----------------------------|
| Nombre y apellidos: | |
| Correo electrónico: | Teléfono: |
| DNI/Nº Pasaporte: | Fecha de nacimiento: |
| Dirección: | Ciudad: |
| Código Postal: | País: |

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

| |
|--|
| BIÓLOGOS/LICENCIADOS CIENCIAS BIOMÉDICAS: |
| <input type="checkbox"/> <u>Laboratorios de TRA:</u> <input type="checkbox"/> FIV <input type="checkbox"/> DGP <input type="checkbox"/> Criobiología <input type="checkbox"/> Andrología |
| <input type="checkbox"/> Consultas de Asesoramiento Genético <input type="checkbox"/> Consultas del Programa de Donación de ovocitos y embriones |
| PERIODO DE SOLICITUD DE LA ROTACIÓN: |
| <i>(especificar fecha (mes/año) deseada)</i> |
| <input type="checkbox"/> 1 día <input type="checkbox"/> 2 días <input type="checkbox"/> 1 semana <input type="checkbox"/> 2 semanas <input type="checkbox"/> 1 mes |

DATOS DE LA INSTITUCIÓN:

| | |
|------------------------------|------------------|
| Institución/Hospital: | |
| Dirección: | Ciudad: |
| Código Postal: | País: |
| Correo electrónico: | Teléfono: |
| Fecha: | |