



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

Médico Especialista **Médico Residente***
(marcar la casilla correspondiente)

*(En el caso de Médicos Residentes extranjeros: únicamente se aceptarán rotaciones autorizadas por el Ministerio Español de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Indicar año de Residencia:)

DATOS PERSONALES:

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

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

MÉDICO ESPECIALISTA/RESIDENTE:	<input type="checkbox"/> Alto Riesgo Obstétrico
<input type="checkbox"/> Cirugía y ginecología endoscópica	<input type="checkbox"/> Medicina de la Reproducción
<input type="checkbox"/> Ginecología oncológica y mastología	<input type="checkbox"/> Diagnóstico ginecológico por la imagen
<input type="checkbox"/> Patología Cervical / Tracto Genital Inferior	<input type="checkbox"/> Ecografía obstétrico-ginecológica y D. Prenatal
<input type="checkbox"/> Suelo Pélvico	<input type="checkbox"/> Asesoramiento Genético
PERIODO DE SOLICITUD DE LA ROTACIÓN:	
<i>(especificar fecha (semana/mes/año))</i>	
<input type="checkbox"/> 1 semana	<input type="checkbox"/> 2 semanas
<input type="checkbox"/> 3 semanas	<input type="checkbox"/> 1 mes
<input type="checkbox"/> 2 meses	<input type="checkbox"/> 3 meses

DATOS DE LA INSTITUCIÓN:

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