



FORMULARIO DE SOLICITUD DE ROTACIÓN

ROTACIÓN SOLICITADA

Área/Especialidad:

Período a rotar solicitado:/...../..... al/...../..... Fecha de solicitud:/...../.....

DATOS PERSONALES DEL ROTANTE

Nombre/s: Apellido/s:

Apellido materno: Fecha de Nacimiento:/...../..... Género: M F

Nacionalidad: Domicilio actual:

Localidad: Provincia: País:

Tipo y N° de Documento: E-mail:

Teléfono 1: Teléfono 2:

Título: Universidad:

Especialidad de Residencia: Año de Residencia:

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

Institución: Domicilio:

Localidad: Provincia: País:

Código postal: Teléfono: E-mail:

FIRMA Y ACLARACIÓN
Rotante

FIRMA Y ACLARACIÓN
Jefe de Docencia o Director

SELLO
Institución Solicitante

Documentación presentada:

- Currículum Vitae abreviado.
- Foto tipo Carnet.
- Fotocopia del Documento de Identidad (1° y 2° hoja).
- Fotocopia del Título de Médico (expedido por Universidad Estatal o Privada reconocida oficialmente). Aquellos graduados que al último día de inscripción no cuenten con su Diploma, deberán presentar Certificado de Título en trámite.
- Constancia de vacuna contra Hepatitis B.
- Constancia de ART o Seguro de Accidentes Personales (consultar características de la cobertura).
- Constancia de Cobertura de Salud.
- Constancia de Matriculación. Aclaración: aspirantes extranjeros deberán contar con Título Convalidado por Ministerio de Salud y Educación de la Nación Las solicitudes serán consideradas con un mínimo de 3 meses de anticipación.
- La Institución solicitante deberá mantener el sustento económico del médico rotante.