

SOL·LICITUD D'ESTADA FORMATIVA

CONSORCI HOSPITALARI DE VIC – FUNDACIÓ HOSPITAL DE LA SANTA CREU DE VIC

DADES DEL CENTRE SOL·LICITANT

Nom del Centre:

Càrrec que autoritza l'estada formativa:

Nom del càrrec que autoritza l'estada formativa:

Persona de contacte:

Telèfon:

Correu electrònic:

DADES DEL/LA PROFESSIONAL

Nom i cognoms:

NIF/NIE:

Telèfon mòbil:

Correu electrònic:

Especialitat:

Nº de col·legiat:

DADES DE LA ROTACIÓ

Data inici:

Data final:

Servei/Unitat:

Objectius de la rotació:

Firma digital del càrrec que autoritza l'estada formativa

El professional continua vinculat laboralment al seu centre d'origen
i serà aquest últim qui cobrirà les seves assegurances de malaltia i de responsabilitat civil.