Unitats Docents d'Atenció Familiar i Comunitària de Catalunya

Annex : Full de sol·licitud de rotació rural

UNITAT D'ORIGEN	
NOM DEL RESIDENT	
ANY DE RESIDÈNCIA	
DNI	

sol·licita la rotació de Medicina Rural del seu resident a:

UNITAT RECEPTORA	
CENTRE RURAL	
PERÍODE DE ROTACIÓ	

Resposta del centre receptor (marcar la que correspongui):

Data .....

☐ Podem acceptar la rotació del vostre resident en el centre i les dates que proposeu.

☐ No podem acceptar la rotació del vostre resident.

☐ Podem acceptar la rotació del vostre resident però realitzant canvis:

a. Canvi del centre sol·licitat a aquest altre .....

b. Canvi de les dates de rotació.....

Resposta del centre emissor (marcar la que correspongui):

Data .....

☐ D'acord. El nostre resident farà la rotació tal com especifiqueu.

☐ D'acord. Anotem la negativa.

☐ No podem acceptar els canvis proposats.

La persona de referència del Centre Rural amb qui el resident haurà de contactar és:

.....

Telèfon: .....

Mail: .....