

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:

Informació bàsica sobre protecció de dades: les dades personals proporcionades es tractaran d'acord amb el Reglament General de Protecció de Dades (GDPR 2016/679) i la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals.

Responsable del tractament : FUNDACIÓ HOSPITAL DE PALAMOS-SERVEIS DE SALUT INTEGRATS BAIX EMPORDÀ(G17053596); C. Hospital, 36 de Palamós.

Finalitat del tractament: possibilitar l'activitat docent de l'entitat, particularment les pràctiques de l'alumnat sense relació laboral amb l' entitat. Els usos previstos són els propis de la gestió acadèmica de l'estudiant en pràctiques.

Desenvolupament de l'activitat formativa dels residents de les Unitats Docents de l'entitat.

Legitimació del tractament: Relació contractual entre les parts.

Destinatari: No es preveu la cessió de dades.

Transferències Internacionals: no se n'ha previst cap.

Drets: accedir a les dades, rectificar-les, suprimir-les, sol·licitar-ne la portabilitat (si s'escau), oposar-se al tractament i sol·licitar-ne la limitació, enviant un escrit i fotocòpia del document que acrediti la titularitat del titular de les dades (ocultant les dades innecessàries) a la següent adreça postal: Unitat d'Atenció a la Ciutadania, C. Hospital 27, 17230 - Palamós (Girona), atenciociutada@ssibe.cat o bé en [aquest enllaç](#). més informació, escriu a dpd@ssibe.cat

Informació Addicional: consulta la nostra política completa de protecció de dades a en [aquest enllaç](#).