

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ROTACIONES PARA
RESIDENTES DE OTRAS INSTITUCIONES



DATOS PERSONALES:

Apellido:	Nombres:
Fecha de nacimiento:	Nacionalidad:
DNI:	Sexo:
Domicilio:	Nro:
Especialidad de la Residencia	Año de Residencia
Correo electrónico	Teléfono

DATOS DE LA ROTACION SOLICITADA

Servicio/Sector:
Período a Rotar solicitado:
Firma del Rotante:

DATOS DE LA INSTITUCION

Institución:	Domicilio:
Localidad:	Provincia:
Código Postal:	País:
Correo electrónico	
Teléfono: Fax (dato obligatorio):	

Fecha: ___/___/___

Sello de la Institución solicitante:

Firma y aclaración del Jefe
del Departamento de Docencia:

ROTACIONES PARA RESIDENTES DE OTRAS INSTITUCIONES

REQUISITOS:

Los pedidos de rotación deben ser dirigidos con la firma del Jefe del Departamento de Docencia o del Director del lugar de procedencia, adjuntando la siguiente documentación obligatoria y excluyente, con un mínimo de 3 meses de anticipación, completa y en un único envío por correo electrónico, de lo contrario no podrá darse curso:

- Carta formal de la Institución en la que se desempeña, dirigida al Jefe del Departamento de Docencia Dr. Marcos Flores
- Fotocopia del Título
- Certificado de Residente (si corresponde)
- Fotocopia del DNI
- Carnet de Obra Social o Prepaga
- Constancia de ART o Seguros de Accidentes Personales a nombre del rotante con extensión de cobertura para el Hospital Privado de Comunidad.
- Seguro de Responsabilidad Profesional
- Formulario de solicitud completo (adjunto)

LAS SOLICITUDES DE ROTACIÓN DEBEN REALIZARSE POR:

Correo electrónico (escaneado formato PDF – NO FOTOGRAFIADO): ddi@hpc.org.ar – departamentodedocencia@hpc.org.ar

- **DEPARTAMENTO DE DOCENCIA HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD**
- Córdoba 4545 (B7602 CBM) - Mar del Plata
- **Teléfonos: 0223 4990033 - 0223 4990155**
- **E-mail: departamentodedocencia@hpc.org.ar ddi@hpc.org.ar**
- **www.hpc.org.ar**