



# 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.