**COMISIÓN DE DOCENCIA DE FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA**
**DEL ÁREA DE SALUD DE LLERENA- ZAFRA**

|  |
| --- |
| **CAMBIO DE GUARDIA** |

|  |
| --- |
| DATOS PERSONALES SOLICITANTE |
| Dº/ Dª.  |
| ESPECIALIDAD:  | AÑO:  |
| DNI:  | TELÉFONO |
| CON GUARDIA EN (INDICAR LUGAR Y FECHA): |

**SOLICITA CAMBIO DE GUARDIA CON:**

|  |
| --- |
| DATOS PERSONALES OTRA PERSONA |
| Dº/ Dª.  |
| ESPECIALIDAD:  | AÑO:  |
| DNI:  | TELÉFONO |
| CON GUARDIA EN (INDICAR LUGAR Y FECHA): |

**QUEDANDO LA PLANILLA DE LA SIGUIENTE FORMA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE:** | **GUARDIA ANTES DEL CAMBIO (FECHA Y LUGAR):** | **GUARDIA TRAS EL CAMBIO (FECHA Y LUGAR):** |
| **NOMBRE:** | **GUARDIA ANTES DEL CAMBIO (FECHA Y LUGAR):** | **GUARDIA TRAS EL CAMBIO (FECHA Y LUGAR):** |

**En** **a** **de** **de**  **.**

**Fdo. (solicitante)** **Fdo. (otra persona)**

**Visto Bueno Fdo. :**

**Fecha:**

**INSTRCCIÓNES PARA CUMPLIMENTAR DOCUMENTO DE CAMBIO DE GUARDIA**

**1º Se deben cumplimentar todos los campos de la solicitud, firmarla por ambos residentes y pasarla a PDF.**

**2º Enviar a la Unidad Docente a través del correo:** **udoc.llerenazafra@salud-juntaex.es** **.**

**3º Tras comprobar que se cumple toda la normativa en materia de cambio de guardias, se dará el visto bueno por parte del Jefe de Estudios y el cambio será remitido a los dispositivos implicados en el cambio y a su vez comunicado al residente solicitante.**