



**SOLICITUD DE AUTORIZACION/REAUTORIZACION TUTORES DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA DEL A.G.S. NORTE DE CÁDIZ**

D. / D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_

U.G.C.: \_\_\_\_\_

Solicita ser: (marcar lo que proceda)

-  Autorizado/a

-  Reautorizado/a

Causa:

Por renovación

Por suspensión

Otras causas: \_\_\_\_\_

Como tutor/a de Formación Sanitaria Especializada, para la formación de médicos residentes en la Especialidad de \_\_\_\_\_

, comprometiéndose a:

- Cumplir las tareas y obligaciones que contempla el programa de la especialidad y la legislación vigente, con los residentes que le sean adscritos.
- La aceptación de las Normas, establecidas por la Unidad Docente, en cuanto a Evaluación y Auditoría de su tarea de tutor, así como la asistencial, formativa e investigadora.
- Aceptar la solicitud de informes acerca de su actividad asistencial y desarrollo profesional a la Dirección de su centro y del Distrito para valorar su idoneidad como posible tutor.

Y declara ser cierta toda la información aportada en los documentos que se adjuntan (baremación de méritos).

En Jerez de la Frontera, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_

Firmado:

Nombre: \_\_\_\_\_