

SOLICITUD DE VENIA DOCENTE DE COLABORACIÓN EN LA FORMACIÓN CLÍNICA DE LOS ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD

Nombre:
DNI:
Titulación:
Puesto asistencial:
Unidad:
Servicio:
Centro Asistencial:
Marco horario habitual:

Área de conocimiento:
Departamento Universitario:
Facultad o Escuela:

El/La profesional sanitario/a que responde a los datos señalados anteriormente se compromete a participar, durante el curso 20__-20__, en la formación de los estudiantes de Ciencias de la Salud que normalmente asisten a su Centro/Servicio/Unidad, para lo cual solicita la correspondiente **VENIA DOCENTE**.

En _____, a __ de _____ de 200__

Fdo.:

SR. DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE _____