



CLÍNICA DEL VALLE S.R.L.  
Comité de Docencia  
Alsina Nro. 656 – Comodoro Rivadavia  
(0297) 4061001  
docencia@clinicadelvalle.com.ar

**FORMULARIO DE SOLICITUD  
RESIDENTE ROTANTE EXTERNO**

A) DEBE COMPLETAR EL ROTANTE Y/O LA ENTIDAD SOLICITANTE, EN FORMA LEGIBLE, TODOS LOS CASILLEROS.

DATOS PERSONALES DEL RESIDENTE ROTANTE	
NOMBRES Y APELLIDOS:	
TIPO Y NRO. DOCUMENTO:	NACIONALIDAD:
FECHA DE NACIMIENTO:     /     /	SEXO: F / M
DOMICILIO:	CIUDAD:
PROVINCIA:	PAÍS:
TELÉFONO:	EMAIL:
TÍTULO:	UNIVERSIDAD:
MATRÍCULA NACIONAL:	MATRÍCULA PROVINCIAL:
ESPECIALIDAD DE RESIDENCIA:	AÑOS DE RESIDENCIA:

DATOS DE LA INSTITUCIÓN	
INSTITUCIÓN:	DOMICILIO:
LOCALIDAD:	PROVINCIA:
PAÍS:	CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO:	CORREO ELECTRÓNICO:

ROTACIÓN SOLICITADA	
SERVICIO:	
PERÍODO A ROTAR SOLICITADO:	al
FIRMA DEL ROTANTE:	FIRMA Y ACLARACIÓN DEL JEFE DE DOCENCIA O DIRECCIÓN:
FECHA: ___/___/___	
SELLO DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE:	

B) IMPORTANTE: Adjunto al presente, debe acompañarse con antelación de 30 días a [docencia@clinicadelvalle.com.ar](mailto:docencia@clinicadelvalle.com.ar) (formato pdf, excluyente) o en forma personal, la siguiente documentación:

- a. DOCUMENTO DE IDENTIDAD
- b. CONSTANCIA DE RESIDENCIA
- c. MATRÍCULA PROFESIONAL HABILITANTE
- d. CERTIFICADO DE VACUNA HEPATITIS B (O SEROLOGÍA DE LABORATORIO anti Hbs Ag >10mIU/)
- e. ARGENTINOS (Y EXTRANJEROS QUE DESARROLLEN UNA RESIDENCIA EN ARGENTINA): CARNET DE OBRA SOCIAL O PREPAGA Y CONSTANCIA DE ASEGURADORA DE RIESGO DE TRABAJO - ART (LEY 24557)
- f. EXTRANJEROS: SEGURO DE SALUD Y ACCIDENTES CORTOPUNZANTES Y/U HOSPITALARIOS DESTINADO A PROFESIONALES DE LA SALUD EMITIDO POR UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON FIRMA Y SELLO DE UN RESPONSABLE, VÁLIDO EN ARGENTINA Y EXPRESADO EN DÓLARES (NO SE ACEPTAN SEGUROS DE VIAJERO, NI SEGUROS POR REEMBOLSOS)