**FORMULARIO 02 INS/ DRMPR- DEPARTAMENTO DE PASANTÍAS DE ESPECIALISTAS**

**TRÁMITE ADMINISTRATIVO - CAMBIO DE HORARIO**

1. **DATOS DEL MÉDICO PASANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y apellido |  |
| N° C.I.P |  |
| N° de Reg. Prof. |  |
| Especialidad |  |
| Correo Electrónico |  |
| N° de Celular |  |

1. **ESPECIFICACIONES DE TRAMITE A REALIZAR**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. HORARIO ACTUAL
 |  |
| 1. HORARIO SOLICITADO
 |  |
| 1. MOTIVO
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pasante Especialista** | **Director****Sede de origen** |
| Firma/sello | Firma/sello |